Su endocrino *en 1 minuto*

Su solución al metabolismo lento

DR. LUDWIG JOHNSON

Cómo eliminar el

HIPERINSULINISMO

Cómo quitarse la

BARRIGA

Cómo curarse el

HÍGADO GRASO

Cómo salir embarazada con

OVARIOS POLIQUÍSTICOS

Cómo revertir la

HIPERTENSIÓN

Cómo bajar sin medicinas

TRIGLICÉRIDOS

Cómo regular sin progestágenos su

MENSTRUACIÓN

Caída del cabello, insomnio, acné, migrañas, fatiga crónica, comida ansiosa, grasa en la cintura, artritis, fibromialgia, hipotiroidismo, metabolismo lento…

Si alguna vez ha ido al endocrinólogo, este libro le cambiará la vida

en 1 minuto

www.drludwigjohnson.com

ISBN: 978-980-12-6101-6

Hígado graso. Años con su médico y años que no come grasa. Pero usted sigue con el hígado graso. ¿Cómo se cura?

Ovarios poliquísticos. Presenta acné, alteración de la regla, cabello graso y una madre que busca otra opción a los anticonceptivos orales. ¿Qué hacer?

No sale embarazada. Porque no ve la menstruación. Su médico sugiere tomar progestágenos que le engordan, le retienen líquido y le hinchan los senos, para que "le baje". ¿Cómo ver la regla sin "esas pastillas" y/o salir embarazada?

Barriga. Usted no era así. Sus exámenes están todos bien. Usted come poco y hace mucho ejercicio. ¿Por qué no se quita la barriga?

Síndrome metabólico. Hipertensión, triglicéridos elevados, colesterol bueno bajo y glicemia elevada. Usted suma 2 pastillas por década a su pepoteca privada. ¿Cómo eliminar medicinas y quitarse la barriga definitivamente?

Fatiga crónica. Ya pasó por todos los médicos. Tiene hipotiroidismo o fibromialgia o artritis reumatoidea o "no tiene nada". Sus exámenes "están bien", pero usted está mal. Le duele todo, tiene migrañas, taquicardias, ansiedad y se ha resignado a vivir así. Descubra su solución.

"Usted no sufre de un trastorno del metabolismo. Usted sufre de un trastorno del conocimiento. Y nada peor que enfermar por no saber. En este libro descubrirá cómo liberarse de su YO SUFRO DE... en 1 minuto"

El Dr. Ludwig Johnson es el creador del Protocolo de Reversión de Diabetes Tipo 2 que lleva su propio nombre. Es experto en Endocrinología y Medicina Ortomolecular, Conferencista Internacional y Autor de los Bests Sellers Pare la Diabetes en 14 días, La Gordura no es su Culpa y Su Endocrino en 1 Minuto. Egresado de la Universidad Central de Venezuela con el título de Médico Cirujano, actualmente pasa el tiempo entre su consulta privada y la formación de nuevos líderes del movimiento latinoamericano que preside "VIVE PALEO".

LudwigjohnsonTV

www.facebook.com/drludwigjohnson

@drludwigjohnson

Su Endocrino en 1 Minuto

NOTA DEL AUTOR

El presente libro no sustituye bajo ningún concepto la atención médica personalizada. Usted debe consultar a su médico antes de tomar cualquier acción sugerida en este o en cualquier otro libro. Ni el autor, ni quien pública, se hacen responsables de las acciones emprendidas por el lector.

Su Endocrino en 1 Minuto.

Dr. Ludwig Johnson.

Caracas. Venezuela, 2014

Quinta edición revisada y ampliada.

Reservados todos los derechos. Queda terminantemente prohibida, sin la autorización escrita del autor bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluidos la reprografía y el tratamiento informático.

Hecho el Depósito de Ley

Depósito Legal: lf52520126103524

ISBN: 978-980-12-6101-8

Diseño Gráfico: Florencia Zabala.

Impreso por: La Galera de Artes Gráficas, C.A

Dedicatoria

A John y a Maya, mis dos grandes razones.

Agradecimientos

A todos los que dicen que comer de todo un poco
y bajo en grasa es "sano y balanceado".
Ni todas las guerras juntas han matado más gente
que esta creencia. Después de mis pacientes,
ustedes han sido mi mayor motivación para alzar la voz.

ME
CURASTE
EN 1 MINUTO

ME DIJO UNA DE LAS LECTORAS DE MI BLOG.

HABÍA IDO A MILES
DE ENDOCRINÓLOGOS
SIN RESPUESTA.

POR ESO ESTE LIBRO.
PARA QUE USTED TAMBIÉN SE CURE

EN 1 MINUTO.

VIVA PALEO
Y SI NO SE CURA,
VIVA PALEO Y TOME LA ALTERNATIVA

LISTO

DÍGAME
¿CUÁNTO TIEMPO
LE TOMÓ?

ADVERTENCIA

ESTE NO ES UN LIBRO
PARA CUALQUIER
PERSONA.
ESTE ES UN LIBRO
ÚNICA
Y EXCLUSIVAMENTE
PARA
AQUELLOS
QUE
PRESENTAN
LAS CONDICIONES
DESCRITAS
EN LA SIGUIENTE
PÁGINA.

Hígado graso. Le diagnosticaron el hígado graso y usted come sin grasa. No entiende por qué.

Ovarios poliquísticos. Tiene acné, alteración de la regla, cabello graso y una madre que le lleva a cuanto endocrino conoce para "curarla". Todos los años se repite los exámenes y busca alternativas a los anticonceptivos orales porque, piensa, "tomar eso todo el tiempo no debe ser bueno".

No sale embarazada. Suspendió los anticonceptivos para lograrlo, pero lleva años que "nada de nada". No ve la regla y su médico le sugiere progestágenos que la engordan, le retienen líquido, le dan hambre y le hinchan los senos, "para que le baje". No sabe qué hacer.

Hiperinsulinismo. Usted no era así. Ha consultado a varios médicos y le dicen que cierre el pico. Que haga ejercicio. Que usted sufre de hiperinsulinismo y que se tome su metformina, pero igual sigue con barriga.

Síndrome metabólico Ya conoce el cuento. 3 de estos. Hipertensión, triglicéridos elevados, colesterol bueno bajo, cintura abdominal mayor a 90 cm. (80 si es mujer) y glicemia elevada. Sabe que debe adelgazar o le dará diabetes. Y suma, de dos a tres pastillas por década, a su pepoteca privada. Usted no quiere depender de medicinas.

Fatiga crónica. Ya pasó por todos los médicos. Tiene hipotiroidismo o fibromialgia o artritis reumatoidea o "no tiene nada". Sus exámenes "están bien", pero usted está mal. Le duele todo. Tiene migrañas, taquicardias, ansiedad, y se resignó a vivir así.

Antes de comenzar,
sepa que usted ha sido
metabólicamente diseñado
para vivir únicamente
durante el invierno
y la primavera
de la era paleolítica

La comida es la medicina
y la alternativa son los medicamentos,
no al revés. Sus indicaciones y
contraindicaciones:
Capítulo 7

SI NO
LE GUSTA
LEER,
VAYA
DIRECTO
AL CAPÍTULO
DE SU CONDICIÓN,
PERO
SE ESTARÁ
PERDIENDO
DE LA MEJOR
PARTE.

Introducción

"Yo soy sano, pero..."

No puede quitarse la barriga. O le sube la tensión o tiene ovarios poliquísticos o no sale embarazada o tiene acné o cabello graso o se siente agotada. Come "sano y sin grasa", pero tiene el hígado graso. Sus brazos y piernas son delgados, sus abuelos tienen diabetes "de la edad" y su glicemia "siempre sale bien". Su problema es la barriga. ¿Será que no desayuna o no come a las horas o no hace ejercicio? No. Su barriga no es por eso. Muchos no desayunan, no comen a las horas, no hacen ejercicio y tampoco tienen su barriga. Su barriga es... porque usted es Paleo y come Anti Paleo. Permítame explicarle. Usted no sabe quién soy yo, pero yo sí sé quién es usted. Usted es Paleo. Paleolítico. Diseñado genéticamente para llegar a 90 como si tuviera 40. Pero en la edad de piedra. Cuando se vivía de la cacería y no de la agricultura. Repita conmigo: "Yo soy Paleo". Hasta el fin de sus días. Su metabolismo se adaptó a los alimentos de la época (alimentos Paleo) y no a los alimentos que no existían en la época (alimentos Anti Paleo). De alimentarse Anti Paleo, usted enfermará. Primero, sacando barriga o desarrollando ovarios poliquísticos o triglicéridos elevados o infertilidad o tensión alta o fatiga crónica. Y después, ya entrado en años, con el infarto o la diabetes o el Alzheimer "de la edad". Pero no "de la edad". "Del no saber". Lo que se hereda es "no saber". No saber que su genética es Paleolítica y se alimenta Anti Paleolítico.

No saber que los alimentos se dividen en alimentos de humanos y de animales.

Cardiovascular Disease Resulting From a Diet and Lifestyle at Odds With Our Paleolithic Genome: How to Become a 21st-Century Hunter-Gatherer

James H. O'Keefe, Jr, MD and Loren Cordain, PhD

The effect of a low-carbohydrate, ketogenic diet versus a low-glycemic index diet on glycemic control in type 2 diabetes mellitus

Eric C Westman[1*], William S Yancy[1,2], John C Mavropoulos[1], Megan Marquart[1] and Jennifer R McDuffie[1,2]

Corresponding author: Eric C Westman ewestman@duke.edu

▾ Author Affiliations

1 Department of Medicine, Duke University Medical Center, Durham, NC, USA

2 Center for Health Services Research in Primary Care, Department of Veterans' Affairs Medical Center, Durham, NC, USA

For all author emails, please log on.

Nutrition & Metabolism 2008, **5**:36 doi:10.1186/1743-7075-5-36

LOS
ALIMENTOS
DE HUMANOS
SON LAS PLANTAS,
LAS SEMILLAS,
LOS HUEVOS,
LOS ANIMALES;
LAS FRUTAS
Y LOS TUBÉRCULOS
SÓLO EN TEMPORADAS.
Y LOS
ALIMENTOS
DE ANIMALES
SON LOS CEREALES,
LOS GRANOS,
LAS HARINAS
Y LA LECHE DE VACA,
FRUTAS
Y TUBÉRCULOS
SIN RESTRICCIÓN
DE TEMPORADAS.

LOS CEREALES,
LAS HARINAS,
LOS GRANOS
Y LA LECHE DE VACA SON
CARBODROGAS.
ALIMENTOS QUE
NO EXISTÍAN
EN LA DIETA
DEL SER HUMANO
EN LA ERA PALEOLÍTICA
(DIOS ES UN GRAN NUTRICIONISTA),
Y QUE LESIONAN
EL INTESTINO,
LA GLÁNDULA TIROIDEA,
EL TRACTO RESPIRATORIO,
EL HÍGADO,
EL CEREBRO,
EL PÁNCREAS,
EL SISTEMA INMUNE
Y COMO SI FUERA POCO,
TAMBIÉN RETIENEN LÍQUIDO
Y PRODUCEN ADICCIÓN
EN EL HOMBRE PALEO.
POR CIERTO...

¿QUÉ DESAYUNÓ USTED HOY?

¿Quiere saber
cómo revertir
la hipertensión arterial o
conseguir el embarazo o
curarse el hígado graso
o eliminar
los ovarios poliquísticos
el hiperinsulinismo,
las taquicardias,
la fatiga crónica,
las migrañas,
el insomnio y hasta la
Barriga?

¿Quiere saber
cómo vivir
saludablemente
en el siglo XXI,
con los genes
de hace más
de 50.000 años?

VIVA PALEO

Los nutricionistas tienen la razón cuando dicen que no le podemos quitar los carbohidratos.

Porque tendríamos que quitarle el hígado.

Su hígado y sus riñones Paleo, que los producen, porque cuentan con la habilidad que le han dicho que sufre.

Porque usted piensa que sufre..."de resistencia a la insulina".

Los años pasan y los médicos continúan mandándole medicinas.

Se las aumentan.

Se las rebajan.

Se las suspenden.

Se las vuelven a indicar.

Le repiten la curva.

Le circulan los números.

Usted se preocupa.

Su familia se preocupa.

Todo el mundo se preocupa.

¿Le irá a dar diabetes?

¡Por Dios, no!

Va al ginecólogo,

Va al cardiólogo...

de vuelta al endocrino.

¿Se repite los exámenes?

No se repita nada
Usted es Paleo

USTED NO SUFRE DE NADA

No diga
que sufre de
hiperinsulinismo

Diga que sufre "del no saber"
y que, si se alimenta Anti Paleo,
tendrá el síndrome
"del no saber"

El metabolismo paleolítico se autoabastece de sus propios carbohidratos

Todos los seres humanos producimos carbohidratos. Sin embargo, los resistentes a la insulina los producen aun después de ingerir los alimentos, contrario a quienes no lo son, que suspenden su producción al ingerirlos. Esta es justamente la característica que les permite cubrir sus requerimientos en geografías sin estos insumos. Queda claro entonces que era imposible obtener los carbohidratos de otra manera. Los Paleo tienen mucha GLUCONEOGÉNESIS. Neo, por nueva. Gluco, por glucosa. Y génesis, por formación. "Nueva formación de azúcar". Note cómo en el siguiente estudio los mexicanos suprimen muy poco la producción hepática de azúcar después de ingerir los alimentos, mientras que los europeos lo hacen casi completamente. Note además cómo en el segundo estudio, son aquellos mismos pacientes los que por ingerir carbodrogas desarrollan la diabetes del no saber (Diabetes 2). Esto, porque el páncreas paleolítico se destruye encontrando "dos azúcares" por vez: el azúcar que produce el propio organismo, sumado al que aportan los carbohidratos de la dieta.

Ethnicity affects the postprandial regulation of glycogenolysis

Abstract

We investigated the effect of nutrient intake on glucose metabolism in normal Mexican-Americans (n = 6) and European-Americans (n

= 6). Subjects were studied after an 18-h fast and after 5–6 h of ingestion of hourly meals that supplied 6.35 or 12.75 μmol glucose kg^{-1} min^{-1}. Endogenous glucose production (EGP), gluconeogenesis (GNG), and glycogenolysis (GLY) were estimated by mass isotopomer analysis with [U-^{13}C]glucose infusions. Fasting EGP, GNG, and GLY did not differ between the groups. Food ingestion lowered the molar rate of GNG by only 31%. However, while consuming the lower quantity of nutrients, Mexican-Americans had higher plasma glucose ($P< 0.05$), a 39% higher rate of EGP ($P< 0.05$), and a 68% ($P< 0.025$) higher rate of GLY than the European-Americans. At the higher intake, EGP and GLY were suppressed completely in both groups. There was a linear relationship between insulin concentrations, EGP, and GLY in both groups, but the slope of the line was significantly ($P< 0.05$) greater in the European-Americans. We conclude that the sensitivity of GLY to nutrient intake differs between ethnic groups and that this may play a role in the increased predisposition of Mexican-Americans to type II diabetes.

"The present data show, for what we believe to be the first time, that there is a difference in the rate of suppression of EGP upon feeding between normal, glucose tolerant persons belonging to ethnic groups with significantly different risks for type II diabetes. Although both groups of subjects exhibited a continuous relationship between plasma insulin and EGP, the slope of the line was 60% steeper in the European-American group than in the Mexican-American group"

"The present results furnish additional proof of the importance of glycogenolysis to glucoregulation. The dominating influence on what appeared to be an ethnic difference in the effect of nutrient absorption and/or insulin on EGP was largely due to a less marked suppression of glycogenolysis in the Mexican-American subjects. These results demonstrate that normal, unrelated adults who belong to an ethnic group with a high prevalence of type II diabetes, even when they are healthy, glucose tolerant, and specifically selected for a low familial tendency to type II diabetes, appear to be less responsive to the suppressive effects of ingestion of a mixed meal on glycogenolysis than normal adults of an ethnic group with a substantially lower type II diabetes risk. This observation raises the possibility that the factors that regulate the rates of glycogenolysis differ significantly between different ethnic groups and contribute to increased genetic susceptibility to type II diabetes in groups at higher risk".

American Journal of Physiology Endocrinology and Metabolism
AJP - Endo November 1, 1999 vol. 277 no. 5 E905-E914

Glucagon and regulation of glucose metabolism

Guoqiang Jiang and Bei B. Zhang

Author Affiliations

Abstract

As a counterregulatory hormone for insulin, glucagon plays a critical role in maintaining glucose homeostasis in vivo in both animals and humans. To increase blood glucose, glucagon promotes hepatic glucose output by increasing glycogenolysis and gluconeogenesis and by decreasing glycogenesis and glycolysis in

This Article

doi: 10.1152/ajpendo.00492.2002

AJP - Endo April 1, 2003 vol. 284 no. 4 E671-E678

No continúe haciéndose curvas de tolerancia glucosada, "para ver si mejoró"

Por Dios, no. Es lógico que se eleve su insulina si usted es Paleo y se alimenta Anti Paleo. Sepa algo. Si continúa ingiriendo comida de animales, usted no mejorará, tome o no tome Metformina, diga lo que diga su examen de sangre. Usted sólo mejorará cuando Viva Paleo, comiendo los mismos alimentos que los cavernícolas ingerían con o sin Metformina (Glucofage, Glafornil marcas registradas). Escúcheme bien. Es lógico, si toma el sol y es de tez blanca, que usted se insole. Pero usted no sufre de insolación. Usted sufre del "no saber que es blanco y que

el sol lo insola". Sin embargo, su piel no sufre ningún transtorno del metabolismo ni de falta de protector solar, no. Usted no necesita "medicina para la piel" porque su piel no está enferma. Al contrario, su piel es sana y sólo se insola con el sol. De lo contrario algo estaría mal. ¿Un blanco a quien el sol no lo insole? Yo me asustaría. Igual ocurre con la resistencia a la insulina o el metabolismo Paleo. Si usted ingiere carbodrogas y su insulina no se eleva, yo me asustaría. Porque en aquellos con el Paleogenoma (genética paleolítica) lo normal es que se eleve la insulina con los alimentos antipaleolíticos. Recuerde. La única utilidad del test de tolerancia glucosada, junto a la HBA1C, es descartar la diabetes 2. Pero una vez descartada, no tiene sentido "perseguir" valores de insulina para ver si continúa o suspende la Metformina. "Que la insulina subió". "Que la insulina bajó". "Que está alta". "Que no está alta". Como verá, diga lo que diga su curva, su tratamiento ni cambia, ni es la Metformina. Su tratamiento es Vivir Paleo.

LA METFORMINA

(Glucofage o Glafornil marcas registradas)

NO CURA

USTED
NO
TIENE
UNA
ENFERMEDAD
LLAMADA
DEFICIENCIA
DE METFORMINA.
POR ELLO
NO
ELIMINARÁ
EL HIPERINSULINISMO
TOMANDO
METFORMINA.

TOMAR
METFORMINA
VIVIENDO PALEO
ES COMO IR SENTADO
EN PRIMERA CLASE
EN UN AVIÓN
A DOBLE MOTOR.
USTED ALCANZA SU OBJETIVO
MÁS RÁPIDAMENTE.
MÁS RÁPIDAMENTE
SALE EMBARAZADA,
PIERDE LA BARRIGA,
REVIERTE EL HÍGADO GRASO
Y LA HIPERTENSIÓN.
PERO TOMAR METFORMINA
SIN VIVIR PALEO
ES COMO IR SENTADO
EN PRIMERA CLASE
SIN QUE DESPEGUE EL AVIÓN.
LA METFORMINA NO ES SUSTITUTO
DE VIVIR PALEO,
NI SENTARSE EN PRIMERA CLASE
ES SUSTITUTO DE QUE
DESPEGUE EL AVIÓN.

Metabolismo paleolítico y resistencia a la insulina son sinónimos

Decir resistencia a la insulina y decir metabolismo paleolítico es decir exactamente lo mismo. Se trata de una virtud metabólica, como bien lo anuncia el siguiente estudio, importante cuando la sobrevivencia depende de la cacería. "Si vive como aborigen y no es resistente a la insulina, no sobrevive en la edad de piedra". *Medical Journal,* agosto 1991.

Med J Aust. 1991 Aug 19;155(4):258-64.

Westernisation, insulin resistance and diabetes in Australian aborigines.

O'Dea K.

Department of Human Nutrition, Deakin University, Geelong, Vic.

CONCLUSION: It is suggested that insulin resistance was important to the survival of Aborigines as hunter-gatherers, but is also the underlying metabolic characteristic predisposing them to obesity, NIDDM and CHD after westernisation. Intervention strategies to prevent chronic diseases related to insulin resistance should be directed at lifestyle modification. To be effective such programmes will have to be developed and implemented at the community level.

PMID: 1875844 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Sin embargo, es justamente esta característica metabólica "importante" la que, también, según el mismo estudio, da origen a los ovarios poliquísticos, el hígado graso, la hipertensión la obesidad y a la diabetes "después de la Westernisation" (después de exponerse a los alimentos Anti Paleolíticos). En otras palabras, sin "Westernisation" (sin occidentalización o alimentos neolíticos), no exitirían estas condiciones, en aquellos resistentes a la insulina o con metabolismo paleolítico.

Los endocrinólogos en la edad de piedra

Durante la edad de piedra, hace 15 segundos si tuviéramos 24 horas de historia, había piedras con mucho Magnesio, agua con mucho Magnesio, polvo y lagartijas con mucho Magnesio y endocrinólogos con mucho Magnesio. Los enfermos hacían cola para verse con ellos. "Doctor –decían– vengo a consultarle porque sufro una enfermedad. No soy resistente a la insulina... mi hígado no convierte los animales que ingiero en el azúcar que necesito". "Usted morirá" –respondían los endocrinólogos–. Porque estamos en la edad de piedra y aquí no hay ni los granos, ni los cereales del futuro... ni frutas, ni tubérculos todo el año... aquí sólo hay polvo, agua y lagartijas. Y si no es resistente a la insulina..., si su hígado no cuenta con la habilidad de convertir los animales en los carbohidratos que necesita, usted morirá. Porque no podrá mantener su azúcar en la sangre".

Y así, la persona moría. Porque "no era resistente a la insulina". No desarrolló el paleogenoma. No se adaptó a la edad de piedra.

El otro motivo de consulta en la edad de piedra

"Doctor, mis riñones no botan mucho Magnesio". "Usted también morirá –respondían los doctores–. Porque estamos en la edad de piedra y aquí la piedra es de Magnesio, y el piso que pisa, el agua que bebe y la comida que come, lo contienen en exceso. Y si no lo elimina en la proporción que lo absorbe, usted, al igual que el paciente anterior, morirá". Y la persona moría. Porque sus riñones no se adaptaron a la edad de piedra. La persona no desarrolló el paleogenoma que le mantenía el "mucho Magnesio ingiero, mucho Magnesio elimino".

Magnesium. 1986;5(5-6):273-81.

TmMg and renal Mg threshold in normal man and in certain pathophysiologic conditions.

Ruda RK, Ryzen E.

Abstract

The TmMg and renal Mg threshold were assessed in normal subjects and in a number of pathological conditions. The TmMg in normal subjects was 1.4 mg/100 ml glomerular filtrate (GF) 1.73 m2 and numerically equalled the renal Mg threshold of 1.4 mg/100 ml. No significant difference was seen in patients with primary hyperparathyroidism or hypoparathyroidism. Patients with familial hypocalciuric hypercalcemia, however, tended to have an elevated renal Mg threshold. Investigation of 3 patients with idiopathic renal Mg wasting demonstrated a normal TmMg but reduced renal Mg threshold. Urinary Mg excretion was also assessed in normomagnesemic alcoholic patients. Retention of a parenterally administered Mg load and renal Mg retention were significantly greater than normal despite normal serum Mg concentrations. These data suggest that determination of TmMg and renal Mg threshold may provide useful information in understanding Mg homeostasis in normal subjects and in disorders which may result in abnormal Mg metabolism.

Proc. Nati. Acad. Sci. USA Vol. 87, pp. 1894-1898, March 1990 Genetics
HLA- and H-2-associated variations of intra- and extracellular magnesium content.

Genetic contribution to renal function and electrolyte balance: a twin study
Clinical Science (2002) 103, 259–265

Journal of the American Society of Nephrology
REVIEW

Recent Advances in Molecular Genetics of Hereditary Magnesium-Losing Disorders

Martin Konrad and Stefanie Weber
University Children's Hospital, Marburg, Germany.

Correspondence to Dr. Martin Konrad, University Children's Hospital, Deutschhausstr. 12, D-35037 Marburg, Germany. Phone: 49-6421-2862649; Fax: 49-6421-2865724;

Iran J Kidney Dis. 2010 Jan;4(1):13-9.

Hypomagnesemia: an evidence-based approach to clinical cases.

Assadi F.

Section of Pediatric Nephrology, Rush University Medical Center, Chicago, Illinois 60612, USA.
fassadi@rush.edu

Abstract

Hypomagnesemia is defined as a serum magnesium level less than 1.8 mg/dL (< 0.74 mmol/L). Hypomagnesemia may result from inadequate magnesium intake, increased gastrointestinal or renal losses, or redistribution from extracellular to intracellular space. Increased renal magnesium loss can result from genetic or acquired renal disorders. Most patients with hypomagnesemia are asymptomatic and symptoms usually do not arise until the serum magnesium concentration falls below 1.2 mg/dL. One of the most life-threatening effects of

USTED

YA NO ESTÁ EN LA EDAD DE PIEDRA, PERO SU GENÉTICA

SÍ

(¡DUH!)

USTED TODOS LOS DÍAS PRODUCE CARBOHIDRATOS
USTED TODOS LOS DÍAS ELIMINA MAGNESIO

SER
PALEO
O RESISTENTE
A LA INSULINA
ES UNA ADAPTACIÓN
METABÓLICA
A GEOGRAFÍAS
CON MUY POCOS
CARBOHIDRATOS
Y MUCHO MAGNESIO,
DONDE LA VIDA
DEPENDÍA
DE LA CACERÍA
PORQUE NO HABÍA
AGRICULTURA.

El Dr. Vilhjalmur Stefansson, médico y antropólogo nacido en Islandia, pasó 15 años viviendo con los esquimales, que se mantenían con dietas enteramente animales y acaso algunas fresas que preservaban en aceite de ballena fuera de temporada. Como médico, Stefansson no pudo pasar por alto el detalle de que la población no sufría de tensión alta, ni de diabetes, ni de osteoporosis, ni de infartos, ni de sobrepeso, muy a pesar de ingerir grandes cantidades de calorías. Stefansson notó que las mujeres esquimales no presentaban las típicas quejas ginecológicas del mundo occidental: infertilidad, complicaciones del embarazo, alteraciones mentruales, acné..., que comenzaron a presentar, junto a las demás enfermedades, cuando se occidentalizaron.

Los
PALEO
tienen dos pirámides
nutricionales: la de la vida
y la de la muerte.
La pirámide de la vida
está conformada por
animales, vegetales,
huevos, semillas
y los carbohidratos
que producen en su hígado,
con frutas y tubérculos
sólo en temporadas.
Y la pirámide de la muerte,
que está conformada por
"de todo un poco
y bajo en grasa".

No todos tenemos genética paleolítica

A todos nos diseñaron para tener actividad física, ayunos esporádicos, contacto diario con la naturaleza y alimentarnos a partir de animales o cacería. Sin granos, sin cereales y sin leche de vaca... con frutas y tubérculos sólo en temporadas. Sin embargo, con la llegada de la agricultura, hace ya unos 10.000 años, hubo un grupo que modificó su paleogenoma al ingerir y adaptarse a los nuevos alimentos, las carbodrogas. Son personas que cuentan con un metabolismo que no produce carbohidratos, ni elimina Magnesio, ni la glucosa es tóxica a su páncreas, ni hace alergias con la caseína, la alfabetaglobulina, el gluten, la pectina y la lectina de la forma y manera que originalmente lo hacemos los seres humanos. Este grupo, que puede ingerir los alimentos de animales o no humanos o Anti Paleos sin desarrollar ovarios poliquísticos, hígado grado, hiperinsulinismo, fatiga crónica, artritis reumatoidea, e hipertensión arterial, es al que hemos denominado seres humanos de metabolismo Paleo adaptados a los alimentos neolíticos o de animales.

EXISTEN 4 TIPOS DE METABOLISMOS EN EL HOMBRE MODERNO, SEGÚN SUS GENES PALEOLÍTICOS SE HAYAN O NO ADAPTADO A LOS ALIMENTOS NEOLÍTICOS

TIPO 1
NO ADAPTADOS A LA ERA NEOLÍTICA.
COMEN Y NO SUSPENDEN LA PRODUCCIÓN DE AZÚCAR, ELIMINAN MUCHO MAGNESIO Y SON ALÉRGICOS A LOS LÁCTEOS Y A LOS GRANOS.

TIPO 2
PARCIALMENTE ADAPTADOS A LA ERA NEOLÍTICA.
COMEN Y TAMPOCO SUSPENDEN LA PRODUCCIÓN DE AZÚCAR, ELIMINAN MUCHO MAGNESIO, PERO NO SON ALÉRGICOS A LOS LÁCTEOS NI A LOS GRANOS.

TIPO 3
PARCIALMENTE ADAPTADOS A LA ERA NEOLÍTICA.
COMEN Y SÍ SUSPENDEN LA PRODUCCIÓN DE AZÚCAR, ELIMINAN POCO MAGNESIO, PERO SON ALÉRGICOS A LOS LÁCTEOS Y A LOS GRANOS.

TIPO 4
COMPLETAMENTE ADAPTADOS A LA ERA NEOLÍTICA.
COMEN Y TAMBIÉN SUSPENDEN LA PRODUCCIÓN INTERNA DE AZÚCAR, ELIMINAN POCO MAGNESIO Y NO SON ALÉRGICOS NI A LOS LACTEOS NI A LOS GRANOS.

¿CUÁL ES SU TIPO?

NO
SOMOS
LO QUE COMEMOS.

SOMOS LA INTERACCIÓN

DE PRODUCIR MUCHOS O POCOS
CARBOHIDRATOS,
DE ELIMINAR MUCHO
O POCO MAGNESIO
Y DE SER O NO ALÉRGICOS

A LO QUE COMEMOS.

SI USTED ES DE GENÉTICA PALEOLÍTICA
Y SE ALIMENTA PALEOLÍTICO,
TENDRÁ ETERNA SALUD.
PERO SI USTED ES DE GENÉTICA
PALEOLÍTICA
Y SE ALIMENTA ANTI PALEOLÍTICO,
TENDRÁ HIPERTENSIÓN O HÍGADO
GRASO O BARRIGA O INFERTILIDAD
O EL SÍNDROME DE OVARIOS
POLIQUÍSTICOS O FATIGA CRÓNICA
O SÍNDROME ANTI PALEO.

AQUELLOS
CON EL
METABOLISMO
ADAPTADO A LA ERA
NEOLÍTICA
NO PRODUCEN
CARBOHIDRATOS,
NO ELIMINAN
MAGNESIO,
NO SON ALÉRGICOS
Y SU PÁNCREAS
NO SE DESTRUYE
CON LA COMIDA
DE ANIMALES,
TANTO COMO
AQUELLOS
QUE SON PALEO.

¿POR QUÉ?
PORQUE SE ADAPTARON A LAS GEOGRAFÍAS
CON CARBOHIDRATOS, LECHE DE VACA
Y POCO MAGNESIO.

Su nutrición en 5 segundos

2 segundos para las grasas: existen las grasas esenciales y las grasas no esenciales. Usted se preguntará por qué las esenciales son las esenciales. Pues porque el cuerpo no las produce. O las come o se muere. ¿Y por qué las no esenciales no son esenciales? Porque el cuerpo las produce y en consecuencia no las requiere para sobrevivir. Fin. Ahora, 2 segundos para los aminoácidos: existen los esenciales y los no esenciales. Mismo cuento. Y 1 segundo para los carbohidratos: existen. Punto. Final. Nada más. Más nada. Una palabra. Carbohidratos. No se dividen. No son esenciales. Todos son no esenciales. El cuerpo los produce. El cuerpo produce sus propios carbohidratos. ¿En qué cantidad?, se preguntará usted. Respuesta: depende. Si usted es Paleo, en mucha cantidad. Si usted es No Paleo, en poca cantidad. Los Paleo producen carbohidratos en cantidades suficientes para cubrir sus requerimientos diarios en geografías que no los contienen. Requerimientos que los No Paleo no logran cubrir.

¿Qué tienen en común
Arabia Saudita,
Australia
y el Polo Norte?
Regiones donde
hasta hace unos
10.000 años
no había más
que médanos,
polvo y nieve.
Sin plantas ni frutas
por largas temporadas.
¿Y qué tienen en común
los australianos,
los esquimales
y los árabes?
Que son las 3 razas
que más rápidamente
desarrollan la diabetes,
haciendo la dieta loca
de moda. Aquella de
"comer de todo un poco
y bajo en grasa".

LOS METABOLISMOS PALEOLÍTICOS **(PALEOS)** FABRICAN CARBOHIDRATOS, ELIMINAN MAGNESIO Y SON ALÉRGICOS A LOS ALIMENTOS NO HUMANOS.

¿POR QUÉ FABRICAN CARBOHIDRATOS?
PORQUE EN LA EDAD DE PIEDRA
LOS CARBOHIDRATOS ESCASEABAN.

¿POR QUÉ ELIMINAN MAGNESIO?
PORQUE EN LA EDAD DE PIEDRA
SE ABSORBÍA MUCHO MAGNESIO.

LA
IDEA
DE PRODUCIR
SUS PROPIOS
CARBOHIDRATOS
ES UTILIZARLOS,
NO SUSTITUIRLOS
CON CARBODROGAS.
DE LO CONTRARIO,
USTED
SUFRIRÁ
DEL SÍNDROME

DEL NO SABER

DR. LUDWIG JOHNSON

Si usted es de metabolismo PALEO y quiere llegar a 90 como si tuviera 40, usted debe recrear la geografía paleolítica donde quiera que viva.

NO HAGA DIETA

¡VIVA PALEO!

¿CÓMO SABER QUE USTED ES PALEO? **PORQUE TIENE BARRIGA** Y SUS PADRES LA DIABETES DEL NO SABER.

(LA ÚNICA MANERA DE QUE USTED NO TENGA BARRIGA ES VIVIENDO PALEO. Y ES LA ÚNICA MANERA DE EVITAR LA DIABETES DEL NO SABER)

DR. LUDWIG JOHNSON

¿YA SABE
POR QUÉ
ALGUIEN
COME
HARINAS Y DULCES
SIN PRESENTAR
PROBLEMAS METABÓLICOS?
PORQUE SU METABOLISMO
NO PRODUCE CASI AZÚCAR,
NO ELIMINA CASI MAGNESIO
Y NO ES ALÉRGICO A LOS
ALIMENTOS NEOLÍTICOS.

SI AQUELLOS
CON EL METABOLISMO PALEO
SE CARBODROGAN,
RETENDRÁN LÍQUIDO,
TENDRÁN ANSIEDAD
POR HARINAS Y DULCES,
Y SENTIRÁN FATIGA

POR 2 DÍAS NADA MÁS

No diga que "su problema es" la retención de líquido o la ansiedad por las harinas y los dulces o la distensión abdominal o que "se hincha". No, no y no. Su problema no es ninguno de esos. Su único "problema" es que usted no sabe que no sabe que las carbodrogas son alimentos extraterrestres para usted. Y que, si los ingiere, lo menos que tendrá son esas 4 experiencias. Si lo hace por un día, tendrá retención de líquido, ansiedad y fatiga por dos días nada más. Si se carbodroga siempre, tarde o temprano tendrá ovarios poliquísticos o hígado graso o acné o tensión alta o barriga o hiperinsulinismo o diabetes "del no saber".

DR. LUDWIG JOHNSON

NO
SE LLAMA
SÍNDROME
METABÓLICO,
SE LLAMA
SÍNDROME

DEL NO SABER

O SÍNDROME ANTI PALEO

EL ENFERMO
ES LA COMIDA,
NO USTED.
USTED ES SANO.
LLEVE LA COMIDA
AL MÉDICO,
ELLA ES LA QUE TIENE
QUE HACERSE
LOS EXÁMENES
DE SANGRE,
NO USTED.
SU TRASTORNO NO ES
DEL METABOLISMO,
SU TRASTORNO
ES DEL CONOCIMIENTO.

Si un cavernícola nos visitara, comentaría sorprendido nuestra dieta loca

Muy loca, diría que es. Y además, "de moda". Porque todo el mundo la hace. "La dieta loca de moda" o "pirámide de la muerte". ¿Sabía que los criadores de cerdos la usan para engordar sus animales (60% granos)? El ser humano paleolítico fue diseñado para producir energía a partir de las proteínas y las grasas de la dieta. Y a partir de los carbohidratos Paleolíticos (plantas, semillas, frutas y tubérculos) en aquellos momentos en los que su producción interna no cubría la demanda. En este sentido, un árabe o un esquimal requieren menos carbohidratos que cualquier otra raza porque producen, generalmente, muchos más carbohidratos que los demás. Los esquimales y los árabes pueden sobrevivir perfectamente en sus geografías extremas de arena, nieve y animales, sin que "se les baje el azúcar". Porque lo producen.

"Si no come carbohidratos, usted se comerá sus músculos"

Error. Es al revés. "Si no come carbodrogas, usted se comerá **sus** carbohidratos". Como hemos dicho, se comerá los que produce en su hígado y sus riñones. Y al "comerse sus carbohidratos", su hígado no tendrá que convertirlos en grasa (hígado graso). Ni en triglicéridos. Ni en barriga. Ni en ovarios poliquísticos o infertilidad o hipertensión o

en diabetes "del no saber". No de la edad. Del no saber. Porque, recuerde: cavernícola que Vive Paleo llega a 90 como si tuviera 40. Pero cavernícola que vive Anti Paleo hace diabetes "del no saber", no "de la edad". Como hemos dicho, estos son transtornos "del no saber", no del metabolismo. Usted no sabe que no sabe, para dar otro ejemplo, que los alimentos de animales destruyen el páncreas Paleo. Y yo sé que no lo sabe, porque siempre lo veo en mi consultorio hacer las mismas 4 preguntas: "¿Cómo está mi colesterol, cómo está mi azúcar, cómo está mi tensión arterial y cómo están mis triglicéridos?" Y se va feliz, pero con 25% menos de páncreas. O 30%. O 40%. Hasta que le sube la glicemia y le diagnostican la diabetes. "Usted ha perdido el 50% de su páncreas productor de insulina", (células beta), le dicen. Usted se sorprende. No entiende cómo, ni cuándo comenzó a destruir su páncreas. Yo le digo. Hace 12 años. Por glucotoxicidad. Un fenómeno tóxico que las carbodrogas producen en su páncreas paleolítico de 12 a 15 años antes de que se elevara su glicemia (azúcar) por primera vez.

J Proteomics. 2009 Jan 30;71(6):576-91. Epub 2008 Nov 5.

Glucotoxicity and pancreatic proteomics.

Brunner Y, Schvartz D, Priego-Capote F, Couté Y, Sanchez JC.

Biomedical Proteomics Research Group, University Medical Center, Geneva

Diabetologia. 2012 Jun;55(6):1780-96. Epub 2012 Mar 3.

Carbohydrate response element-binding protein (ChREBP) plays a pivotal role in beta cell glucotoxicity.

Poungvarin N, Lee JK, Yechoor VK, Li MV, Assavapokee T, Suksaranjit P, Thepsongwija J, Saha PK, Oka K, Chan L.

Department of Medicine, Baylor College of Medicine, One Baylor Plaza, R814, Houston, TX, 77030, USA.

¿Conclusión? La muy equivocada frase de "usted debe comer carbohidratos para no perder peso de músculo", en un metabolismo Paleo, se debe leer: "Usted debe comer carbodrogas para que destruya su páncreas". ¡Uffffff, por favor! Con toda esta información, ya no sea Larry.

No sea Larry

Alguien quiere que usted compre medicinas. Que reciba "el tratamiento", pero sin curarse. "¿Doctor, por cuánto tiempo la pastilla?". "De por vida, Larry". La empresa farmacéutica adora a Larry. Larry quiere vivir y compra medicinas. Pero las medicinas de Larry no atacan su problema. Las medicinas de Larry

atacan las consecuencias de su problema. ¿Y qué produce su problema? La dieta "loca de moda". La "pirámide de la muerte". La dieta loca de los ovarios poliquísticos, de la hipertensión arterial, del hígado graso, de la infertilidad, de la impotencia y de la diabetes. Aquello de "comer de todo un poco y bajo en grasa". Esa es la dieta loca de 80 años de moda, que tiene a Larry polimedicado, policonfundido y polirruleteado, de consultorio en consultorio, porque sufre "del no saber".

Las grasas malas son buenas

Las saturadas y con colesterol, como el amarillo del huevo y el jamón serrano, son buenas. Sin moderación. A excepción de las hidrogenadas, todas las grasas son buenas, porque destapan arterias, rejuvenecen y adelgazan. ¿Cómo lo hacen? Elevando el colesterol bueno (HDL), frenando la producción de azúcar en el hígado y preservando el páncreas Paleo (aumentan el GLP 1 intestinal y protegen las células beta). Repito, las saturadas sobre todo.

Los granos, los cereales y las harinas tapan las arterias y destruyen el páncreas paleolítico

Eso hacen los granos, los cereales y las harinas. Se convierten en grasa saturada dentro de las arterias del hombre Paleo. Forman su barriga, tapan sus

arterias y destruyen su páncreas paleolítico. Como en los cerdos. Que alimentan y engordan con los granos, nunca con las grasas. Cerdos gordos en diciembre con granos todo el año. No con grasa todo el año. Con granos todo el año.

Los cereales, los lácteos y los granos estropean el metabolismo

Contienen antinutrientes como el gluten, la lectina y la pectina, que, junto a la caseína y a la alfabetoglobulina de la leche de vaca, evitan la absorción de los minerales, inflaman y agrietan la mucosa intestinal, y permiten el paso de macromoléculas al interior del organismo. Así comienza el problema prematuro. El envejecimiento prematuro. La degeneración prematura. Y las enfermedades autoinmunes. Usted las siente. Su intestino las siente. Y sus exámenes no siempre lo sienten. Hipotiroidismo de Hashimoto. Artritis reumatoidea. Fibromialgia. Fatiga crónica. Alergias, depresión, cualquier cosa. Todas por culpa de los antinutrientes que están en los lácteos y cereales o alimentos no humanos, que inflaman el órgano endocrino más importante que existe, su mucosa intestinal. "Doctor, me siento mal". "Lo siento, sus exámenes están bien", le dicen.

Suplementarse con calcio, cuando ya lo obtiene de los alimentos, es malo

Malo no. Malísimo. Subir el calcio y bajar el Magnesio, cuando ya tiene el calcio alto y el Magnesio bajo, es malísimo. Estropea aun más la relación calcio/ magnesio y produce aumento de la tensión arterial, insomnio, taquicardias, migrañas y la posibilidad de Alzheimer o infarto. No de huesos duros. De órganos duros. De corazones duros. De cerebros duros. De riñones duros. Y de huesos blandos. Porque "el calcio deja el hueso para meterse donde nadie lo llamó". Por falta de Magnesio en los órganos (intracelular) o exceso de calcio. Y lo que está duro se pone blando y lo que está blando se pone duro. Se llama la "paradoja del calcio". Repito, por falta de Magnesio, no por falta de calcio.

Las frutas son vegetales con azúcar

Si come vegetales, come frutas sin azúcar. Las vitaminas y minerales que están en los vegetales, están en las frutas, pero con azúcar. La fibra y los antioxidantes que están en los vegetales, están en las frutas, pero con azúcar. Las frutas producen ovarios poliquísticos, hígado graso e hipertensión, en el hombre Paleo que tiene barriga, porque tienen azúcar. Si tiene barriga, las frutas son malas (cavernícola come fruta sólo en temporada o si no tiene barriga).

Todo es al revés

Las grasas saturadas destapan las arterias, los carbohidratos que usted ingiere son grasa saturada dentro de sus arterias, las proteínas son carbohidratos de liberación prolongada, suplementarse con calcio puede ser malo, las frutas estimulan todas las condiciones a tratar en este libro y comer de todo un poco y bajo en grasa es muy desbalanceado. ¿Confundido? Tal vez sí, pero no enfermo. Recuerde. Su trastorno es del conocimiento, no del metabolismo.

En resumen

Los carbohidratos que se producen en su hígado (y sus riñones) no elevan la insulina, no destruyen su páncreas paleolítico y nunca están en concentraciones que inflaman u oxidan su organismo PALEO. A diferencia de los carbohidratos que usted ingiere, que muchas veces sí lo hacen (carbodrogras).

Si usted
es Paleo,
lo segundo
que debe hacer
es aprender
a comer.

Lo
primero
es aprender
a hablar.

DR. LUDWIG JOHNSON

No se dice
"un jugo de naranja".
Se dice
"un jugo de infertilidad".

No se dice
"una taza de arroz".
Se dice
"una taza de hígado graso".

No se dice
"un cereal con leche".
Se dice
"unos ovarios poliquísticos con leche".

No se dice
"un plátano al horno".
Se dice
"una hipertensión al horno".

No se dice
"una taza de granos".
Se dice
"una taza de acné, se me cae el cabello
y siempre lo tengo graso".

No se dice
"una rebanada de pan integral".
Se dice
"una rebanada de triglicéridos".

No se dice
"una barra de granola".
Se dice
"una barra de no me baja la regla".

No se dice
"un sobre de galleta de soda".
Se dice
"un sobre de colon irritable".

No se dice
"un vaso de leche".
Se dice
"un vaso de artritis".

No se dice
"un poquito de helado".
Se dice
"un poquito de sinusitis, moco y rinitis".

No se dice
"una taza de avena".
Se dice
"una taza de retención de líquido".

No se dice
"una taza de pasta".
Se dice
"una taza de distensión
abdominal".

No se dice
"a mi abuela le dio diabetes
con la edad".
Se dice
"mi abuela se dio diabetes
con la ignorancia".

No se dice
"yo sufro de migrañas".
Se dice
"tengo deficiencia de Magnesio".

No se dice
"me está dando taquicardia".
Se dice
"tengo deficiencia de Magnesio".

No se dice
"toda la vida he hecho
piedra en los riñones".
Se dice
"toda la vida he tenido
deficiencia de Magnesio".

No se dice
"últimamente tengo
insomnio".
Se dice
"últimamente tengo
deficiencia de Magnesio".

No se dice
"no quiero tener osteoporosis, voy a tomar
suplementos de calcio".
Se dice
"no quiero llegar a tener osteoporosis, voy
a tomar suplementos de Magnesio".

Si usted
es
PALEO
y tiene barriga,
las frutas
y los
tubérculos
son
carbodrogas
después
de las 10:00 am.

A usted no le cambió el metabolismo

Su padre tiene diabetes "de la edad", usted tiene hígado graso y su hija síndrome de ovarios poliquísticos. ¿Sabe por qué? Porque los tres son Paleo y no lo saben. Por eso. Porque sufren "del no saber". Heredaron el "no saber" de sus padres. Sin embargo, usted se preguntará, si antes también ingería alimentos Anti Paleo, ¿por qué antes no tenía barriga? O hígado graso. O hipertensión. O alteraciones de la regla. O acné. O dolores articulares. O fatiga. Bien. Se llama tiempo. Se llama "antes no y ahora sí". Se llama "cualquiera con este conocimiento lo hubiese vaticinado". Si usted es Paleo y come Anti Paleo, siempre será cuestión de tiempo. Como los carros. Si compra un sedán y lo pasa por tierra, el carro no se daña en un año. Ni en dos. Ni en tres. Pero al cuarto aparecen los ruidos. Porque es un sedán, no un rústico. Su carro al cuarto año "sufre" de ruidos. Pero no "le cambió el metabolismo". Los ruidos y los desperfectos iban a ocurrir por pasarlo por terrenos rústicos no siendo un rústico. No "con la edad". "Con terrenos rústicos". Aunque se sorprenda porque "siempre lo pasó por terrenos rústicos y nunca tuvo problemas". ¿Por qué antes no y ahora sí? Usted no sabe de carros. Desde el día uno que lo sacó del concesionario usted no sabía que no sabía, que su carro era un sedán y no era un rústico. Igual ocurre con su metabolismo que siempre fue Paleo. Y aunque usted antes se carbodrogaba sin

consecuencias, tarde o temprano las iba a tener. Porque siempre fue Paleo. Diseñado para alimentos paleolíticos, no para alimentos Anti Paleo.

No diga que últimamente las harinas y los dulces le caen mal

Siempre le cayeron mal, sólo que ahora lo siente. Pero a nivel celular, siempre fueron veneno para usted. Su dolor de cabeza, su taquicardia, su bajón a media tarde y su abdomen distendido, después de carbodrogarse, son completamente normales. Lo anormal es que usted vea normal carbodrogarse. Lo anormal es que usted, que es normal, se carbodrogue. Lo anormal es que su médico le llame anormal porque usted "sufre de intolerancia a los carbohidratos". Por Dios, usted no sufre de nada. Usted es Paleo y las carbodrogas no son alimentos para los Paleos. Es normal que usted, que es un ser humano, no tolere la comida de animales.

LAS 12 COSAS QUE USTED **NO SABE QUE NO SABE**

QUE LA COMIDA SE DIVIDE EN ALIMENTOS HUMANOS Y ALIMENTOS DE ANIMALES (ALIMENTOS PALEO Y ALIMENTOS ANTI PALEO).

QUE LAS PERSONAS SE DIVIDEN EN PERSONAS PALEOLÍTICAS Y PERSONAS NEOLÍTICAS.

QUE LAS PERSONAS PRODUCEN SUS PROPIOS CARBOHIDRATOS Y ELIMINAN MAGNESIO, PERO QUE LOS PALEO LO HACEN EN MAYOR CANTIDAD QUE LOS NEOLÍTICOS.

QUE SI COME ALIMENTOS NO HUMANOS, SUFRIRÁ POR 2 DÍAS NADA MÁS.

QUE LA METFORMINA NO CURA.

QUE LOS ALIMENTOS NO HUMANOS O ANTI PALEO DESTRUYEN EL PÁNCREAS PALEO Y EVITAN QUE SU METABOLISMO "SE COMA" SUS PROPIOS CARBOHIDRATOS.

QUE LOS ALIMENTOS NO HUMANOS
DESTRUYEN EL SISTEMA INMUNOLÓGICO,
GESTANDO DESDE EL SÍNDROME DEL
COLON IRRITABLE, EL HIPOTIROIDISMO,
LA ARTRITIS REUMATOIDEA, HASTA LLEGAR
AL CÁNCER "DEL NO SABER".

QUE LAS GRASAS SATURADAS
ADELGAZAN, DESTAPAN ARTERIAS
Y PRESERVAN EL PÁNCREAS.

QUE COMER COLESTEROL
NO ELEVA EL COLESTEROL.

QUE EN LOS PALEO LAS PROTEÍNAS
SON CARBOHIDRATOS DE LIBERACIÓN
PROLONGADA.

QUE USTED NO TIENE UN TRASTORNO
DEL METABOLISMO, QUE USTED TIENE UN
TRASTORNO DEL CONOCIMIENTO.

QUE A USTED NO LE CAMBIÓ
EL METABOLISMO. QUE TAN SÓLO NO SABÍA
QUE NO SABÍA QUE USTED ES PALEO.

Si
VIVE PALEO

Usted

no altera su tiroides, no altera su sistema inmunológico y quema todos sus carbohidratos.

¿Resultado?

Vital

DR. LUDWIG JOHNSON

VIVIR PALEO es medicina basada en la evidencia científica

COMER PALEO MEJORA TODAS LAS ENFERMEDADES "DE LA EDAD"

Eur J Clin Nutr. 2009 Aug;63(8):947-55. Epub 2009 Feb 11.

Metabolic and physiologic improvements from consuming a paleolithic, hunter-gatherer type diet.

Frassetto LA, Schloetter M, Mietus-Synder M, Morris RC Jr, Sebastian A.

Department of Medicine, University of California San Francisco School of Medicine, San Francisco, CA 94143, USA. frasselt@gcrc.ucsf.edu

Abstract

BACKGROUND: The contemporary American diet figures centrally in the pathogenesis of numerous chronic diseases-'diseases of civilization'. We investigated in humans whether a diet similar to that consumed by our preagricultural hunter-gatherer ancestors (that is, a paleolithic type diet) confers health benefits.

Paleolithic diet in the prevention of chronic diseases

ABSTRACT

SABRY, M. O. D.; SÁ, M. L. B.; SAMPAIO, H. A. C. Paleolithic diet in the prevention of chronic diseases. *Nutrire*: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr. = J. Brazilian Soc. Food Nutr., São Paulo, SP, v. 35, n. 1, p. 111-127, abr. 2010.

Cardiovasc Diabetol. 2009 Jul 16;8:35.

Beneficial effects of a Paleolithic diet on cardiovascular risk factors in type 2 diabetes: a randomized cross-over pilot study.

Jönsson T, Granfeldt Y, Ahrén B, Branell UC, Pålsson G, Hansson A, Söderström M, Lindeberg S.

Department of Clinical Sciences, Lund, Lund University, Box 117, 221 00 Lund, Sweden. Tommy.Jonsson@med.lu.se

Abstract

BACKGROUND: Our aim was to compare the effects of a Paleolithic ('Old Stone Age') diet and a diabetes diet as generally recommended on risk factors for cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes not treated with insulin.

El COLESTEROL BUENO O HDL EVITA EL INFARTO, EL ACV Y EL ALZHEIMER. INGERIR GRASAS SATURADAS ELEVA EL COLESTEROL BUENO. COMER LA YEMA DEL HUEVO ES BUENO.

Significance of high density lipoprotein-cholesterol in cardiovascular risk prevention: recommendations of the HDL Forum.

Am J Cardiovasc Drugs. 2004; 4(5):299-314 (ISSN: 1175-3277)

Ascaso JF; Fernández-Cruz A; González Santos P; Hernández Mijares A; Mangas Rojas A; Millán J; Felipe Pallardo L; Pedro-Botet J; Pérez-Jiménez F; Pla G; Pintó X; Plaza I; Rubiés-Prat J;
Endocrinology Service, Clinic University Hospital, University of Valencia, Spain.

In the approach to lipid-related risk factors for cardiovascular diseases, serum high density lipoprotein-cholesterol (HDL-C) levels bear a particular significance as this lipoprotein is considered to be an antiatherogenic factor mainly, but not only, because of its influence and impact on reverse cholesterol transport. Hence the need and requirement to

Am J Cardiol. 2011 Oct 15;108(8):1124-8.

Change in high-density lipoprotein cholesterol and risk of subsequent hospitalization for coronary artery disease or stroke among patients with type 2 diabetes mellitus.

Nichols GA, Vupputuri S, Rosales AG.

Kaiser Permanente Center for Health Research, Portland, Oregon, USA. greg.nichols@kpchr.org

Abstract

The association between the changes in high-density lipoprotein (HDL) cholesterol and the risk of cardiovascular (CVD) or cerebrovascular hospitalization among patients with type 2 diabetes remains unclear. We conducted a retrospective observational cohort study of 30,067 members of the Kaiser Permanente Northwest and Georgia regions, who had type 2 diabetes and 2 HDL cholesterol measurements 6 to 24 months apart in 2001 to 2006. We followed up the cohort for ≤8 years (through 2009) to determine whether the change in HDL cholesterol was associated with subsequent CVD hospitalization. We examined the HDL cholesterol change continuously and by 3 categories: HDL cholesterol increased ≥6.5 mg/dl, decreased ≥6.5 mg/dl, or remained within ±6.4 mg/dl. The Cox regression models were adjusted for the baseline HDL cholesterol and demographic and clinical risk factors. During a mean follow-up of 55.8 ± 23.8 months, 3,023 patients (10.1%) experienced a CVD hospitalization. After multivariate adjustment, each 5 mg/dl of baseline HDL cholesterol was significantly associated with a 6% lower CVD hospitalization risk (hazard ratio 0.94 per 5 mg/dl, 95% confidence interval 0.92 to 0.96, p <0.0001) and each 5-mg/dl increase in HDL cholesterol was associated with a 4% CVD risk reduction (hazard ratio 0.96, 95% confidence interval 0.94 to 0.99, p <0.003). In the categorical analysis, a ≥6.5-mg/dl HDL cholesterol decrease was associated with an 11% increased CVD risk (hazard ratio 1.11, 95% confidence interval 1.00 to 1.24, p = 0.047) and a ≥6.5-mg/dl increase was associated with an 8% CVD risk reduction (hazard ratio 0.92, 95% confidence interval 0.84 to 1.01, p = 0.077) relative to those with stable HDL cholesterol. In conclusion, our results add to the growing body of evidence that increasing the HDL cholesterol levels might be an important strategy for CVD risk reduction. The prevention of HDL cholesterol decreases could be equally important.

Dietary Fat Increases High Density Lipoprotein (HDL) Levels Both by Increasing the Transport Rates and Decreasing the Fractional Catabolic Rates of HDL Cholesterol Ester and Apolipoprotein (Apo) A-I

Presentation of a New Animal Model and Mechanistic Studies in Human Apo A-I Transgenic and Control Mice

Abstract

In humans, diets high in saturated fat and cholesterol raise HDL-cholesterol (HDL-C) levels. To explore the mechanism, we have devised a mouse model that mimics the human situation. In this model, HuAITg and control mice were studied on

J. Clin. Invest.
© The American Society for Clinical Investigation, Inc.
0021-9738/93/04/1665/07 $2.00
Volume 91, April 1993, 1665–1671

Higher HDL-C Levels May Curb Alzheimer's Disease Risl

Megan Brooks

Authors and Disclosures

December 16, 2010 — High levels of high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C) may help protect older adults from late-onset Alzheimer's disease (AD), researchers report in the December issue of *Archives of Neurology*.

The American Journal of CLINICAL NUTRITION

American Journal of Clinical Nutrition, Vol. 80, No. 5, 1102–1103, November 2004
© 2004 American Society for Clinical Nutrition

EDITORIAL

Saturated fat prevents coronary artery disease? An American paradox[1,2]

Robert H Knopp and Barbara M Retzlaff

In this issue of the Journal, Mozaffarian et al (4) report the opposite association. They found that a higher saturated fat intake is associated with less progression of coronary artery disease according to quantitative angiography. How can this

CONCLUSIONS: In postmenopausal women with relatively low total fat intake, a greater saturated fat intake is associated with less progression of coronary atherosclerosis, whereas carbohydrate intake is associated with a greater progression.

GLP-1 treatment reduces endogenous insulin resistance via activation of central GLP-1 receptors in mice fed a high-fat diet

Edwin T. Parlevliet, Judith E. de Leeuw van Weenen, Johannes A. Romijn, and Hanno Pijl

Author Affiliations

Address for reprint requests and other correspondence: H. Pijl, Leiden University Medical Center, Dept. of Endocrinology and Metabolic Diseases, P. O. Box 9600, 2300 RC Leiden, The Netherlands (e-mail: H.Pijl@lumc.nl).

Submitted 29 March 2010. Accepted in final form 8 June 2010.

High-fat diet lowered blood sugar and improved blood lipids in diabetics

People with Type 2 diabetes are usually advised to keep a low-fat diet. Now, a study at Linköping University shows that food with a lot of fat and few carbohydrates could have a better effect on blood sugar levels and blood lipids.

The results of a two-year dietary study led by Hans Guldbrand, general practitioner, and Fredrik Nyström, professor of Internal Medicine, are being published in the prestigious journal *Diabetologia*. 61 patients were included in the study of Type 2, or adult-onset diabetes. They were randomized into two groups, where they followed either a low-carbohydrate (high fat) diet or a low-fat diet.

In both groups, the participants lost approximately 4 kg on average. In addition, a clear improvement in the glycaemic control was seen in the low-carbohydrate group after six months. Their average blood sugar level dropped from 58.5 to 53.7 mmol/mol (the unit for average blood glucose). This means that the intensity of the treatment for diabetes could also be reduced, and the amounts of insulin were lowered by 30%.

Despite the increased fat intake with a larger portion of saturated fatty acids, their lipoproteins did not get worse. Quite the contrary – the HDL, or 'good' cholesterol, content increased on the high fat diet.

Curr Atheroscler Rep. 2009 Nov;11(6):418-22.

Dietary cholesterol and coronary artery disease: a systematic review.

Djoussé L, Gaziano JM.

Division of Aging, Department of Medicine, Brigham and Women's Hospital and Harvard Medical School, 3rd floor, Boston, MA 02120, USA. ldjousse@rics.bwh.harvard.edu

Copyright © 1982 by The American Society for Clinical Nutrition, Inc

Eggs, serum cholesterol, and coronary heart disease.

T R Dawber, R J Nickerson, F N Brand, and J Pool

Abstract

The Framingham Study has investigated the effect of host and environmental factors on the development of coronary heart disease since 1949. Serum cholesterol level was determined to the one of the risk factors for coronary heart disease. The nutrient intake, in a subsample of the study population, was determined in 1957. A review of this material has permitted an estimate of egg consumption on each of 912 subjects. The serum cholesterol distribution curves of the subjects according to tertile of egg intake were almost identical, and no relationship between egg intake and coronary heart disease incidence was found. It is concluded that within the range of egg intake of this population differences in egg consumption were unrelated to blood cholesterol level or to coronary heart disease incidence.

DR. LUDWIG JOHNSON

Am J Cardiol. 2011 Oct 15;108(8):1134-8.

Change in high-density lipoprotein cholesterol and risk of subsequent hospitalization for coronary artery disease or stroke among patients with type 2 diabetes mellitus.

Nichols GA, Vupputuri S, Rosales AG.

Kaiser Permanente Center for Health Research, Portland, Oregon, USA. greg.nichols@kpchr.org

Abstract

The association between the changes in high-density lipoprotein (HDL) cholesterol and the risk of cardiovascular (CVD) or cerebrovascular hospitalization among patients with type 2 diabetes remains unclear. We conducted a retrospective observational cohort study of 30,067 members of the Kaiser Permanente Northwest and Georgia regions, who had type 2 diabetes and 2 HDL cholesterol measurements 6 to 24 months apart in 2001 to 2006. We followed up the cohort for ≤8 years (through 2009) to determine whether the change in HDL cholesterol was associated with subsequent CVD hospitalization. We examined the HDL cholesterol change continuously and by 3 categories: HDL cholesterol increased ≥6.5 mg/dl, decreased ≥6.5 mg/dl, or remained within ±6.4 mg/dl. The Cox regression models were adjusted for the baseline HDL cholesterol and demographic and clinical risk factors. During a mean follow-up of 55.8 ± 23.8 months, 3,023 patients (10.1%) experienced a CVD hospitalization. After multivariate adjustment, each 5 mg/dl of baseline HDL cholesterol was significantly associated with a 6% lower CVD hospitalization risk (hazard ratio 0.94 per 5 mg/dl, 95% confidence interval 0.92 to 0.95, p <0.0001) and each 5-mg/dl increase in HDL cholesterol was associated with a 4% CVD risk reduction (hazard ratio 0.96, 95% confidence interval 0.94 to 0.99, p <0.003). In the categorical analysis, a ≥6.5-mg/dl HDL cholesterol decrease was associated with an 11% increased CVD risk (hazard ratio 1.11, 95% confidence interval 1.00 to 1.24, p = 0.047) and a ≥6.5-mg/dl increase was associated with an 8% CVD risk reduction (hazard ratio 0.92, 95% confidence interval 0.84 to 1.01, p = 0.077) relative to those with stable HDL cholesterol. In conclusion, our results add to the growing body of evidence that increasing the HDL cholesterol levels might be an important strategy for CVD risk reduction. The prevention of HDL cholesterol decreases could be equally important.

Egg consumption and endothelial function: a randomized controlled crossover trial.

Int J Cardiol. 2005; 99(1):65-70 (ISSN: 0167-5273)

Katz DL; Evans MA; Nawaz H; Njike VY; Chan W; Comerford BP; Hoxley ML.

Yale Prevention Research Center, 130 Division Street, Derby, CT 06418, USA. katzdl@pol.net

between egg and oat treatment assignments. CONCLUSION: Short-term egg consumption does not adversely affect endothelial function in healthy adults, supporting the view that dietary cholesterol may be less detrimental to cardiovascular health than previously thought.

LAS CARBODROGAS MATAN EL PÁNCREAS PALEO (CELULAS BETA)

Diabetologia. 2012 Jun;55(6):1783-96. Epub 2012 Mar 3.

Carbohydrate response element-binding protein (ChREBP) plays a pivotal role in beta cell glucotoxicity.

Poungvarin N, Lee JK, Yechoor VK, Li MV, Assavapokee T, Suksaranjit P, Thepsongwajja JJ, Saha PK, Oka K, Chan L.

Department of Medicine, Baylor College of Medicine, One Baylor Plaza, R814, Houston, TX, 77030, USA.

J Proteomics. 2009 Jan 30;71(6):576-91. Epub 2008 Nov 5.

Glucotoxicity and pancreatic proteomics.

Brunner Y, Schvartz D, Priego-Capote F, Couté Y, Sanchez JC.

Biomedical Proteomics Research Group, University Medical Center, Geneva,

EVITAR LAS CARBODROGAS EVITA Y REVIERTE EL CÁNCER

From Nutrition and Metabolism

Is There a Role for Carbohydrate Restriction in the Treatment and Prevention of Cancer?

Rainer J Klement; Ulrike Kämmerer

Abstract

Over the last years, evidence has accumulated suggesting that by systematically reducing the amount of dietary carbohydrates (CHOs) one could suppress, or at least delay, the emergence of cancer, and that proliferation of already existing tumor cells could be slowed down.

Introduction

When defining the factors of a healthy lifestyle that aims at preventing a disease like cancer, a logical approach is to compare individuals that get the disease with those that don't. Cancer, which might be considered a disease of civilization, has consistently been reported to be very rare among uncivilized hunter-gatherer societies.[1–4] This observation makes sense from an evolutionary perspective from which it is reasonable to assume that the lifestyle factors that protect our genome against tumorigenesis have been selected for early in the history of the genus *homo* when humans lived as hunter-gatherers.[5] In particular, the time since the neolithic revolution, which meant the transition from foraging and nomadism to agriculture and settlement, spans a fraction less than 1% of human history. Thus, the switch from the "caveman's diet" consisting of fat, meat and only occasionally roots, berries and other sources of carbohydrate (CHO) to a nutrition dominated by easily digestible CHOs derived mainly from grains as staple food would have occurred too recently to induce major adoptions in our genes encoding the metabolic pathways. This is even more the case for the changes that occurred over the past 100 years, in particular the switch from labor in the field to a sedentary lifestyle and an increase in the consumption of easily digestible CHOs with high glycemic indices (GIs), leading to diseases of civilization that are strongly associated with the so-called Western way of life.[6] Despite a large heterogeneity in regional occupation, modern hunter-gatherers share certain lifestyle factors that are not frequently met in Westernized societies, including regular physical activity, sun exposure, sufficient sleep, low chronic stress and the lack of foods that would also not have been available to our pre-neolithic ancestors. While there is already compelling evidence for the beneficial roles of regular physical activity and sufficient vitamin D in the prevention and treatment of cancer, the influence of the altered nutritional patterns in the Western diet is less clearly defined

Cancer Res. 2011 Jul 1;71(13):4484-93. Epub 2011 Jun 14.

A low carbohydrate, high protein diet slows tumor growth and prevents cancer initiation.

Abstract

Over the last years, evidence has accumulated suggesting that by systematically reducing the amount of dietary carbohydrates (CHOs) one could suppress, or at least delay, the emergence of cancer, and that proliferation of already existing tumor cells could be slowed down.

Effects of a Ketogenic Diet on the Quality of Life in 16 Patients With Advanced Cancer

A Pilot Trial

Melanie Schmidt; Nadja Pfetzer; Micheal Schwab; Ingrid Strauss; Ulrike Kämmerer

Authors and Disclosures

Posted: 09/21/2011; Nutr Metab. 2011;8(54) © 2011 BioMed Central, Ltd.

EVITAR LAS CARBODROGAS EVITA Y REVIERTE LA TENSIÓN ARTERIAL ELEVADA Y OTROS RIESGOS CARDIOVASCULARES

Does Blood Pressure Inevitably Rise With Age?

Longitudinal Evidence Among Forager-Horticulturalists

Abstract

The rise in blood pressure with age is a major risk factor for cardiovascular and renal disease, stroke, and type 2 diabetes mellitus. Age-related increases in blood pressure have been observed in almost every population, except among hunter-gatherers, farmers, and pastoralists. Here we tested for age-related increases in blood pressure among Tsimane forager-farmers. We also test whether lifestyle changes associated

HYPERTENSIONAHA.111.180100
Published online before print May 21, 2012,
doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.111.180100

From Heartwire CME

Same Weight Loss, Better BP With Low-Carb Diet vs Drug/Diet Combo

News Author: Shelley Wood
CME Author: Charles P. Vega, MD
Authors and Disclosures

CME Released: 02/02/2010; Valid for credit through 02/02/2011

February 2, 2010 — A new randomized trial comparing a low-carbohydrate diet with a low-fat diet in combination the weight-loss drug orlistat has found that both strategies produced meaningful weight loss among hospital outpatients over a one-year period [1]. Strikingly, however, the low-carb diet appeared to produce significant improvements in blood pressure.

Cardiovasc Diabetol. 2009 Jul 16;8:35.

Beneficial effects of a Paleolithic diet on cardiovascular risk factors in type diabetes: a randomized cross-over pilot study.

Jönsson T, Granfeldt Y, Ahrén B, Branell UC, Pålsson G, Hansson A, Söderström M, Lindeberg S.
Department of Clinical Sciences, Lund, Lund University, Box 117, 221 00 Lund, Sweden. Tommy.Jonsson@med.lu.se

Abstract

BACKGROUND: Our aim was to compare the effects of a Paleolithic ('Old Stone Age') diet and a diabetes die as generally recommended on risk factors for cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes not treat with insulin.

CONCLUSION: Over a 3-month study period, a Paleolithic diet improved glycemic control and several cardiovascular risk factors compared to a Diabetes diet in patients with type 2 diabetes.

EVITAR LAS CARBODROGAS ES LA MEJOR MANERA DE REDUCIR LOS TRIGLICÉRIDOS

The Liver Meeting 2010: American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD) 61st Annual Meeting

This coverage is not sanctioned by, nor a part of, the American Association for the Study of Liver Diseases.

From Medscape Medical News

Carbohydrate Restriction Fastest Way to Reduce Triglycerides

Bob Roehr

COMER ALTO EN CARBODROGAS PRODUCE EL HÍGADO GRASO

Metabolic Syndrome Is Associated With Greater Histologic Severity, Higher Carbohydrate, and Lower Fat Diet in Patients With NAFLD

Posted: 11/15/2006; The American Journal of Gastroenterology. 2006;101(10):2247-2253.

Objectives: Nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) is considered as the hepatic manifestation of metabolic syndrome. Insulin resistance (IR) is a key component of metabolic syndrome. The aim was to determine the dietary composition, physical activity, and histologic severity between NAFLD patients with and without metabolic syndrome.
Methods: Ninety-one patients with NAFLD completed the Block Food

Conclusion: Metabolic syndrome in patients with NAFLD is associated with a diet containing more carbohydrate and less fat and greater histologic severity. The role of a carbohydrate-restricted diet in decreasing the risk for metabolic syndrome and histologic severity should be assessed in patients with NAFLD.

EVITAR LAS CARBODROGAS REVIERTE EL SÍNDROME DE OVARIOS POLIQUÍSTICOS

Nutr Metab (Lond). 2005 Dec 16;2:35.

The effects of a low-carbohydrate, ketogenic diet on the polycystic ovary syndrome: a pilot study.

Mavropoulos JC, Yancy WS, Hepburn J, Westman EC.

Division of General Internal Medicine, Department of Medicine, Duke University Medical Center, Durham, North Carolina, USA. mavro002@mc.duke.edu

CONCLUSION: In this pilot study, a LCKD led to significant improvement in weight, percent free testosterone, LH/FSH ratio, and fasting insulin in women with obesity and PCOS over a 24 week period.

INGERIR TRIGO (GLÚTEN) Y CEREALES (LECTINAS) ALTERA EL METABOLISMO EN CELÍACOS Y EN NO CELÍACOS

Scand J Gastroenterol. 2010 Oct;45(10):1197-202.

Positive serum antigliadin antibodies without celiac disease in the elderly population: does it matter?

Ruuskanen A, Kaukinen K, Collin P, Huhtala H, Valve R, Mäki M, Luostarinen L.

Department of Neurology, Päijät-Häme Central Hospital in Lahti, Finland.

Abstract

OBJECTIVE: Antigliadin antibodies (AGA) show good sensitivity but low specificity for celiac disease and can also be found in healthy individuals. However, data suggest that AGA positivity might be related to distinct disease entities such as allergy and gluten ataxia. Our aim here is to explore the clinical relevance of positive AGA in the elderly population.

CONCLUSIONS: Although AGA positivity is of clinical relevance only in a subset of elderly people, it seems to be related to rheumatoid arthritis and depression, both conditions linked to celiac disease. Further studies are needed to reveal the mechanisms underlying this. The poor specificity of AGA for celiac disease was here once more in evidence.

Toxicon. 2004 Sep 15;44(4):395-403.

Antinutritional properties of plant lectins.

Vasconcelos IM, Oliveira JT.

Departamento de Bioquímica e Biologia Molecular, Universidade Federal do Ceará, Caixa Postal 6020, Campus do Pici, CEP 60451-970, Fortaleza, CE, Brazil. mvasco@ufc.br

Abstract

Lectins are carbohydrate binding (glyco)proteins which are ubiquitous in nature. In plants, they are distributed in various families and hence ingested daily in appreciable amounts by both humans and animals. One of the most nutritionally important features of plant lectins is their ability to survive digestion by the gastrointestinal tract of consumers. This allows the lectins to bind to membrane glycosyl groups of the cells lining the digestive tract. As a result of this interaction a series of harmful local and systemic reactions are triggered placing this class of molecules as antinutritive and/or toxic substances. Locally, they can affect the turnover and loss of gut epithelial cells, damage the luminal membranes of the epithelium, interfere with nutrient digestion and absorption, stimulate shifts in the bacterial flora and modulate the immune state of the digestive tract. Systemically, they can disrupt lipid, carbohydrate and protein metabolism, promote enlargement and/or atrophy of key internal organs and tissues and alter the hormonal and immunological status. At high intakes, lectins can seriously threaten the growth and health of consuming animals. They are also detrimental to numerous insect pests of crop plants although less is presently known about their insecticidal mechanisms of action. This current review surveys the recent knowledge on the antinutritional/toxic effects of plant lectins on higher animals and insects.

Autoimmun Rev. 2012 May 22. [Epub ahead of print]

What is the key environmental trigger in type 1 diabetes - Is it viruses, or wheat gluten, or both?

Barbeau WE.

Abstract

Prevention and treatment of type 1 diabetes is hampered by the fact that the key environmental trigger(s) of the disease is still unknown. Much of the data on this subject points to two possibilities, viruses and wheat gluten. Viruses appear to be involved as an etiological agent in some cases of type 1 diabetes, particularly in fulminant type 1 diabetes. Further analysis of the data suggests that viruses are not the sole trigger of type 1 diabetes in humans, and that wheat gluten may play a role in initiating the disease. Viruses may be the key environmental trigger in some cases of type 1 diabetes, and wheat gluten in others. Conceivably, some cases of type 1 diabetes might be caused by viruses and wheat gluten acting together as disease triggers.

Copyright © 2012. Published by Elsevier B.V.

Posted: 02/10/2012; Nutr Metab. 2011;8(75) © 2011 BioMed Central, Ltd.

Rheumatology 2001;40:1175–1179

A vegan diet free of gluten improves the signs and symptoms of rheumatoid arthritis: the effects on arthritis correlate with a reduction in antibodies to food antigens

I. Hafström, B. Ringertz[1], A. Spångberg[1], L. von Zweigbergk[2], S. Brannemark[1], I. Nylander, J. Rönnelid[1], L. Laasonen[3] and L. Klareskog[1]

Keiffer M et al. **Wheat gliadin fractions and other cereal antigens** reactive with antibodies in the sera of of celiac patients. Clin Exp Immunol 1982;50:651-60.

Rheumatol Int. 2011 May;31(5):573-6. Epub 2010 Dec 9.

Celiac disease of the joint.

Ozyemisci-Taskiran O, Cengiz M, Atalay F.

SUPLEMENTARSE CON PASTILLAS DE CALCIO CUANDO SE TIENE DEFICIENCIA DE MAGNESIO AUMENTA EL RIESGO DE TENER UN INFARTO

Calcium supplements with or without vitamin D and risk of cardiovascular events: reanalysis of the Women's Health Initiative limited access dataset and meta-analysis

BMJ 2011; 342 doi: 10.1136/bmj.d2040 (Published 19 April 2011)
Cite this as: *BMJ* 2011;342:d2040

Heart 2012;**98**:920-925 doi:10.1136/heartjnl-2011-301345

Calcium and cardiovascular disease

Original article

Associations of dietary calcium intake and calcium supplementation with myocardial infarction and stroke risk and overall cardiovascular mortality in the Heidelberg cohort of the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition study (EPIC-Heidelberg)

Conclusions Increasing calcium intake from diet might not confer significant cardiovascular benefits, while calcium supplements, which might raise MI risk, should be taken with caution.

Heart 2012;**98**:895-896 doi:10.1136/heartjnl-2012-301904

Editorial

Calcium supplements: bad for the heart?

Ian R Reid, Mark J Bolland

From American Journal of Epidemiology

Potassium, Calcium, and Magnesium Intakes and Risk of Stroke in Women

Susanna C. Larsson; Jarmo Virtamo; Alicja Wolk
Authors and Disclosures

Posted: 08/02/2011; Am J Epidemiol. 2011;174(1):35-43. © 2011 Oxford University Press

During a mean follow-up of 10.4 years (1998–2008), 1,680 stroke events were ascertained, including 1,310 cerebral infarctions, 154 intracerebral hemorrhages, 79 subarachnoid hemorrhages, and 137 unspecified strokes. There was no overall association between potassium, calcium, or magnesium intake and the risk of any stroke or cerebral infarction. However, among women with a history of hypertension, potassium intake was inversely associated with risk of all types of stroke (for highest vs. lowest quintile, adjusted relative risk = 0.64, 95% confidence interval (CI): 0.45, 0.92) and cerebral infarction (corresponding adjusted relative risk = 0.56, 95% CI: 0.38, 0.84), and magnesium intake was inversely associated with risk of cerebral infarction (corresponding adjusted relative risk = 0.63, 95% CI: 0.42, 0.93). Calcium intake was positively associated with risk of intracerebral hemorrhage (for highest vs. lowest tertile, adjusted relative risk = 2.04, 95% CI: 1.24, 3.35). These findings suggest that potassium and magnesium intakes are inversely associated with the risk of cerebral infarction among hypertensive women.

SUPLEMENTARSE CON MAGNESIO DISMINUYE EL RIESGO DE (Y TENER DEFICIENCIA AUMENTA EL RIESGO DE) ACV, INFARTOS, ALZHEIMER Y OSTEOPOROSIS

The American Journal of
CLINICAL NUTRITION

Dietary magnesium intake and risk of stroke: a meta-analysis of prospective studies[1,2,3,4]

Conclusion: Dietary magnesium intake is inversely associated with risk of stroke, specifically ischemic stroke.

Received June 23, 2011.
Accepted October 24, 2011.

Diabetes & Endocrinology

From Medscape Medical News

Low Serum Magnesium Linked to Increased Stroke Risk

Faculty and Disclosures

Jan. 8, 2004 — Low serum magnesium (Mg) levels are associated with an increased risk of stroke in patients with symptomatic peripheral artery disease (PAD), according to the results of a prospective trial published in the January issue of Stroke.

"Mg deficiency was shown to trigger vasoconstriction and enhance vascular endothelial injury, thus promoting the development and progression of atherosclerosis," write Jasmin Amighi, MD, from Vienna General Hospital in Austria, and colleagues. "However, it is indeterminate whether low serum Mg also promotes the occurrence of cerebrovascular adverse events in patients with preexisting, advanced atherosclerosis."

Herz. 2004 May;29(3):299-303.

Relationship between the degree of intracellular magnesium deficiency and the frequency of chest pain in women with variant angina.

Guo H, Cheng J, Lee JD, Ueda T, Shan J, Wang J.

First Department of Internal Medicine, Fukui Medical University, Fukui, Japan. ghangyuan@hotmail.com

CONCLUSION: This study demonstrates that the degree of intracellular magnesium deficiency in women with variant angina is closely related to the frequency of chest pain.

Diabetes Res Clin Pract. 2009 Feb;83(2):257-62. Epub 2009 Jan 4.

Serum and intracellular magnesium deficiency in patients with metabolic syndrome--evidences for its relation to insulin resistance.

Lima Mde L, Cruz T, Rodrigues LE, Bomfim O, Melo J, Correia R, Porto M, Cedro A, Vicente E.

Department of Medicine, Faculty of Medicine, Federal University of Bahia, Brazil. mlourdeslima@hotmail.com

Clin Neurosci. 1998;5(1):24-7.

Role of magnesium in the pathogenesis and treatment of migraines.

Mauskop A, Altura BM.

NY Headache Center, New York, NY 10021, USA.

Abstract

The importance of magnesium in the pathogenesis of migraine headaches is clearly established by a large number of clinical and experimental studies. However, the precise role of various effects of low magnesium levels in the development of migraines remains to be discovered. Magnesium concentration has an effect on serotonin receptors, nitric oxide synthesis and release, NMDA receptors, and a variety of other migraine related receptors and neurotransmitters. The available evidence suggests that up to 50% of patients during an acute migraine attack have lowered levels of ionized magnesium. Infusion of magnesium results in a rapid and sustained relief of an acute migraine in such patients. Two double-blind studies suggest that chronic oral magnesium supplementation may also reduce the frequency of migraine headaches. Because of an excellent safety profile and low cost and despite the lack of definitive studies, we feel that a trial of oral magnesium supplementation can be recommended to a majority of migraine sufferers. Refractory patients can sometimes benefit from intravenous infusions of magnesium sulfate.

From Journal of the American Geriatrics Society

Magnesium Intake from Food and Supplements Is Associated with Bone Mineral Density in Healthy Older White Subjects.

Kathryn M. Ryder, MD, MS; Ronald I. Shorr, MD, MS; Andrew J. Bush, PhD; Stephen B. Kritchevsky, PhD; Tamara Harris, MD, MPH; Katie Stone, PhD; Jane Cauley, DrPH; and Frances A. Tylavsky, DrPH

Intralymphocyte Free Magnesium in a Group of Subjects With Essential Hypertension

Pietro T. Delva; Caterina Pastori; Maurizio Degan; Germana D. Montesi; Alessandro Lechi

the Institute of Internal Medicine, University of Verona (Italy).

Experimental and Molecular Pathology
Volume 33, Issue 2, October 1980, Pages 209-213

doi:10.1016/0014-4800(80)90016-2 | How to Cite or Link Using DOI

Permissions & Reprints

The morphology and pathogenesis of magnesium deficiency-induced nephrocalcinosis

G.E. Bunce [a, 1], R.G. Saacke [a] and J. Mullins [a]

[a]Departments of Biochemistry and Nutrition, and Dairy Science, Virginia Polytechnic Institute and State University, Blacksburg, Virginia 24061 USA

Received 12 March 1980; revised 16 June 1980. Available online 13 April 2004.

American Diabetes Association

Intracellular Free Magnesium Deficiency Plays a Key Role in Increased Platelet Reactivity in Type II Diabetes Mellitus

Jerry L Nadler, MD, Sam Malayan, MD, Helen Luong, BS, Sylvia Shaw, MD, Rama D Natarajan, PHD and Robert K Rude, MD

(Circulation. 2000;102:2353.)
© 2000 American Heart Association, Inc.

Clinical Investigation and Reports

Oral Magnesium Therapy Improves Endothelial Function in Patients With Coronary Artery Disease

Michael Shechter, MD, MA; Michael Sharic, MD; Mauri J. Paul Labrador, MPH; James Forrester, MD; Burton Silver, PhD; C. Noel Bairey Merz, MD

Dietary Magnesium Deficiency Induces Heart Rhythm Changes, Impairs Glucose Tolerance, and Decreases Serum Cholesterol in Post Menopausal Women

Forrest H. Nielsen, PhD, David B. Milne, PhD, Leslie M. Klevay, MD*, Sandra Gallagher, BS and LuAnn Johnson, MS**

J Am Coll Nutr **April 2007** vol. 26 no. 2 **121-132**

Magnes Res. 1990 Sep;3(3):217-8.

Magnesium depletion and pathogenesis of Alzheimer's disease.

Durlach J.
SDRM, Hôpital Saint Vincent de Paul, Paris, France.

DR. LUDWIG JOHNSON

Plasma magnesium decrease and altered calcium/magnesium ratio in severe dementia of the Alzheimer type

Biological Psychiatry
Volume 37, Issue 5 , Pages 341-343, 1 March 1995

Magnes Res. 1990 Sep;3(3):217-8.

Magnesium depletion and pathogenesis of Alzheimer's disease.

Durlach J.

SDRM, Hôpital Saint Vincent de Paul, Paris, France.

Abstract

Mg depletion, particularly in the hippocampus, appears to represent an important pathogenic factor in Alzheimer's disease. It is associated with high aluminium incorporation into brain neurones. This type of Mg deficit cannot respond to mere Mg supplementation, but requires correction of the dysregulation inducing this Mg depletion. Further research should seek to control the alterations of albumin, which may induce this brain Mg depletion.

VIVA PALEO SEGÚN **LA ESTACIÓN**

OTOÑO SIN TRIGO, SIN GRANOS, SIN CEREALES Y SIN LÁCTEOS.
VERANO SIN TUBÉRCULOS, SIN TRIGO, SIN GRANOS, SIN CEREALES Y SIN LÁCTEOS.
PRIMAVERA SIN TRIGO, SIN CEREALES, SIN GRANOS, SIN LÁCTEOS, SIN TUBÉRCULOS Y SIN FRUTAS.
INVIERNO SIN TRIGO, SIN CEREALES, SIN GRANOS, SIN LÁCTEOS, SIN TUBÉRCULOS, SIN FRUTAS Y SIN SEMILLAS.

DR. LUDWIG JOHNSON

EXISTEN **GENÉTICAS** DISEÑADAS PARA VIVIR LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO ÚNICAMENTE A PARTIR DE LA INGESTA EXCLUSIVA DE ANIMALES. TAL ES EL CASO DE LOS INUIT. ESTOS, PARA EVITAR LAS ENFERMEDADES, DEBEN VIVIR CASI TODO EL AÑO EN LO QUE HEMOS DENOMINADO PALEO **INVIERNO**. LUEGO, EXISTEN GENÉTICAS QUE ADEMÁS SE ADAPTARON A LA INGESTA DE SEMILLAS. SON LOS PALEO **PRIMAVERA**. Y A LAS FRUTAS, SON LOS PALEO **VERANO**. Y A LA INGESTA DE TUBÉRCULOS, LOS PALEO **OTOÑO**. EN ESTE SENTIDO, LA ESTACIÓN EN LA CUAL DEBE VIVIR PARA EVITAR ENFERMAR NADA TIENE QUE VER CON LA ESTACIÓN DEL AÑO POR LA QUE ATRAVIESA LA GEOGRAFÍA DONDE USTED HABITA. TIENE, SÍ, TODO QUE VER, CON LA ALIMENTACIÓN SOBRE LA CUAL SU GENÉTICA EVOLUCIONÓ.

Olvide **el Índice Glicémico NO FUNCIONA** Viva según la estación de su genética

Si presenta
Hiperinsulinismo,
Síndrome de Ovarios Poliquísticos
y/o Hígado Graso viva siempre
en Invierno y Primavera.
Pero si lo único que presenta
es Hipotiroidismo y/o Artritis
Reumatoidea y/o Fatiga Crónica
viva en Verano
y Otoño.

BIEN, AHORA SÍ, VAYAMOS DIRECTO A SU CONDICIÓN

Capítulo 1

Barriga, Verrugas en el cuello e Hiperinsulinismo.

VIVE
PALEO
PRIMAVERA / INVIERNO
+
METFORMINA
1gr. Almuerzo
1gr. Cena
+
ÓXIDO DE
MAGNESIO 500 Mg.
+
TIROIDES
ÓPTIMA
=
REVERSIÓN
DEL
HIPERINSULINISMO
CERO BARRIGA
CERO VERRUGAS

"Qué buena es esa dieta de proteínas", dice usted. "A los 3 días me había deshinchado y perdido la ansiedad".

Pero no es dieta, es Paleo. Lo que ocurre es que usted no sabe que no sabe que lo que usted llama dieta es "Normalandia" en usted. (Bienvenido a su planeta tierra: Paleo).

Usted nos recuerda al pez que consulta por asfixia y le prescriben ir al océano. Y luego regresa diciendo que "esa dieta del mar es buenísima", porque le quitó la asfixia y pudo respirar.

Usted es como el pez que piensa que tiene un problema metabólico en sus pulmones. "Yo tomo aire, pero me asfixio. Luego yo tengo un problema en mis pulmones", concluye el pez.

Pero es al revés. El pez está bien, lo que está mal es respirar aire cuando se es pez.

"Yo como de todo un poco y bajo en grasa", dice usted. "Pero retengo líquido, la barriga se me pone como un tambor y engordo comiendo muy poco. Luego tengo un problema metabólico", dice usted. Pero es al revés. Usted está bien, lo que está mal es comer de todo un poco y bajo en grasa siendo usted (siendo Paleo).

"Esa dieta sin carbohidratos es malísima, apenas me salgo un poquito, me vuelvo a engordar", dice después.

Recuerda al pez diciendo que la dieta del mar no sirve, porque apenas se sale un poquito, se vuelve a asfixiar.

Usted no sabe que no sabe que comer de todo un poco y bajo en grasa es como estar fuera del agua siendo pez.

Usted dice que sufre de insulina alta, como el pez dice que sufre de asfixia.

Porque tampoco sabe que no sabe que la comida se divide en comida de humanos y comida de animales.

Y que la comida de animales eleva la insulina en los humanos.

Pero usted piensa que su comida está bien.

Luego, concluye, que el que está mal es usted.

Pero ya se lo dije, es al revés. Lo que está mal es comer de todo un poco y bajo en grasa, y usted es el que está bien.

A quien hay que mandar al endocrinólogo es a su comida, no a usted.

A usted sólo hay que cambiarle la comida.

En esencia, el hiperinsulinismo se come, tal cual se comen todas las condiciones de este libro.

Y si no las come, las dejará de tener.

Es frecuente escuchar que el paciente explica su condición por la herencia.

Mi padre tiene diabetes, luego es lógico que yo tenga hiperinsulinismo.

Pero en realidad lo que es lógico es que usted herede el no saber.

Recuerde, lo que se hereda es la ignorancia.

No se hereda la insolación.

Se hereda no saber que es blanco y que el sol lo insola.

Lo que se hereda es ser Paleo y no saber que comer Anti Paleo produce el hiperinsulinismo y la diabetes "del no saber" en usted.

"No coma hiperinsulinismo", Viva Paleo.

El hiperinsulinismo produce fatiga y bajón a las dos horas de carbodrogarse.

No se carbodrogue y desaparecerá la fatiga.

Porque desaparecerá el hiperinsulinismo.

Vivir Paleo en Invierno y Primavera es la única solución para el hiperinsulinismo.

Vivir Paleo en Invierno y Primavera, con la toma de 1 gramo de Metformina en el almuerzo y otro en la cena, es más efectivo aun.

Si no tolera 2 gramos por día, intentar con 1 gramo en la cena o 1 gramo en el almuerzo.

Escoger el almuerzo si el problema es la ansiedad por la comida.

Escoger la cena si el problema es el metabolsimo lento.

Si Vive Paleo y toma Metformina, y todavía no pierde la barriga, hay que evaluar la hormona tiroidea y/o proceder con la prueba terapeútica de Levotiroxina sódica, según lo referido en el Capítulo 7.

Para aquellos pacientes Paleo que, a pesar de Vivir Paleo en Invierno y Primavera, tomar Metformina y tener la hormona tiroidea en orden todavía no logran controlar su deseo por harinas y dulces (comedores compulsivos, pacientes con diagnóstico de depresión, etc.), los médicos contamos con Ibupropión y Topiramato (marcas registradas Wellbutrin y Topamax, respectivamente).

Antes de la operación bariátrica, estos fármacos son la alternativa.

Indicaciones del Topiramato y el Ibupropión en el Capítulo 7.

Las verrugas en el cuello y las manchas oscuras en la piel (en la nuca, en las axilas, en la frente y en la sien, a manera de antifaz) reciben el nombre de Acantosis Nigricans y desaparecen viviendo Paleo.

Cuando la persona Paleo se alimenta Anti Paleo, la insulina se eleva y el riñón, las hormonas sexuales, el cerebro y el corazón funcionan mal.

Ocurre lo mismo en la piel. La insulina alta produce Acantosis Nigricans.

Muchas madres les dan con un trapo a sus hijos sobre las manchas, pensando que es sucio.

No es un trapo. Es Vivir Paleo lo que desaparece las manchas y tumba las verrugas.

Para revertir el hiperinsulinismo, hay que Vivir Paleo Invierno, alternando semanalmente con Primavera.

Si hace ejercicio anaeróbico intenso y no es obeso, permítase los tubérculos sólo inmediatamente después de la actividad física.

Usted sabe que eliminó el hiperinsulinismo porque se quitó la barriga y no porque se "repitió la curva" y el examen de la insulina le "salió bien".

Si todavía tiene barriga, todavía tiene hiperinsulinismo.

Si tiene hiperinsulinismo y alterna Invierno y Primavera, su reversión es inevitable.

Conquistada la reversión, podrá Vivir Paleo Primavera.

Lea el libro *Diabetes, cómo revertirla si la tiene y evitarla si no la quiere tener.* Dr. Johnson.

Capítulo 2

Síndrome de Ovarios Poliquísticos (SOP)

VIVE
PALEO
PRIMAVERA / INVIERNO
+
METFORMINA
1gr. Almuerzo
1gr. Cena
+
¿LEVOTIROXINA
SÓDICA?
=
EMBARAZO
MENSTRUACIÓN
REGULAR
OVARIOS
LIBRES
DE QUISTES

VIVE
PALEO
PRIMAVERA
+
FLUTAMIDA
250 mg.
+
¿METFORMINA?
1gr. Almuerzo
1gr. Cena
=
NO ACNÉ
NO CABELLO
GRASO

VIVE
PALEO
PRIMAVERA
+
FLUTAMIDA
+
SELENIO
+
HIERRO
+
BIOTINA
+
METFORMINA
+
¿LEVOTIROXINA SÓDICA?
=
NO CAÍDA
DEL CABELLO

La hormona masculina elevada o la sobrerreacción a ella es la causante del Síndrome de Ovarios Poliquísticos en la mujer Paleo.

La mujer Paleo no tiene la hormona masculina elevada.

La hormona masculina se eleva en la mujer Paleo sólo cuando ingiere alimentos de animales.

No diga que sufre de Ovarios Poliquísticos. Diga que sufre del "no saber".

No saber que los Ovarios Poliquísticos se comen.

Se comen, cuando la mujer Paleo ingiere alimentos de animales, que, por cierto, son excelentes para los animales.

La comida de humanos no eleva la hormona masculina en la mujer Paleo.

Si usted es Paleo y come cereales, granos o harinas tendrá dificultad para salir embarazada o ver la regla o evitar el acné o evitar el cabello graso o evitar los quistes en los ovarios.

Si usted es Paleo y Vive Paleo en Invierno y Primavera, saldrá embarazada o verá la regla o evitará el acné o el cabello graso o los quistes en los ovarios.

El síndrome de Ovarios Poliquísticos SIEMPRE ocurre en un metabolismo Paleo que come Anti Paleo.

El síndrome de Ovarios Poliquísticos NUNCA ocurre en un metabolismo Paleo que Vive Paleo en Invierno y Primavera.

El Síndrome de Ovarios Poliquísticos puede o no tener los ovarios poliquísticos.

El test de tolerancia glucosada para descartar la resistencia a la insulina no es necesario si ya el diagnóstico de Ovarios Poliquísticos se hizo por ecosonograma.

El test de tolerancia glucosada puede decir que la persona no es resistente a la insulina cuando en realidad lo es.

Para descartar o acusar resistencia a la insulina, lo importante no es el examen de sangre. Lo importante es el médico.

Si la paciente tiene grasa en la cintura, la paciente es resistente a la insulina.

La Metformina es el medicamento para conseguir el embarazo junto con la vida Paleo, en aquellas con SOP o sin este, pero con infertilidad y grasa en la cintura.

Metformin reduces risk of ovarian hyperstimulation syndrome in patients with polycystic ovary syndrome during gonadotropin-stimulated in vitro fertilization cycles: a randomized, controlled trial

Fertility and Sterility
Volume 96, Issue 6 , Pages 1384-1390.e4, December 2011

Ehrmann DA. Polycystic ovary syndrome. N Engl J Med. 2005;352:1223-1236.

McCarthy EA, Walker SP, McLachlan K, Boyle J, Permezel M. Metformin in obstetric and gynecologic practice: a review. Obstet Gynecol Surv 2004;59:118-127.

Ben-Haroush A, Yogev Y, Fisch B. Insulin resistance and metformin in polycystic ovary syndrome. Eur J Obstet Gynecol. 2004;115:125-133.

La Metformina no es la receta.

La Metformina es parte de la receta.

Vivir Paleo con Metformina es la receta.

Effect of Flutamide and Metformin Administered Alone or in Combination in Dieting Obese Women With Polycystic Ovary Syndrome

Alessandra Gambineri; Carla Pelusi; Silvia Genghini; Antonio Maria Morselli-Labate; Mauro Cacciari; Uberto Pagotto; Renato Pasquali

Authors and Disclosures

Posted: 01/28/2004; Clin Endocrinol. 2004;60(2) © 2004 Blackwell Publishing

Sustainability of 8% weight loss, reduction of insulin resistance, and amelioration of atherogenic-metabolic risk factors over 4 years by metformin-diet in women with polycystic ovary syndrome.

Metabolism. 2006; 55(12):1582-9 (ISSN: 0026-0495)

El hipotiroidismo es frecuente en aquellos con resistencia a la insulina.

Para salir embarazada con historia de síndrome de ovarios poliquísticos, hay que descartar hipotiroidismo.

El examen más importante para descartar hipotiroidismo es el médico, no el examen.

Los siguientes exámenes de sangre deben ser realizados para descartar hipotiroidismo: Hematología completa, Anticuerpos Anti TPO, Anticuerpos Anti Tiroglobulinas, TSH, T4 Libre, T3 Libre, Cortisol am, Prolactina, Hierro sérico y ecosonograma tiroideo.

El hipotiroidismo existe en un gran porcentaje de pacientes con Síndrome de Ovarios Poliquísticos y debe ser tratado junto a este.

Un paciente con hipotiroidismo puede resultar con TSH normal y los anticuerpos Antitiroglobulinas positivos como única alteración en sus exámenes de sangre.

Un paciente con hipotirodismo puede resultar sin ninguna alteración en sus exámenes de sangre.

Los pacientes con hipotiroidismo sin alteración en sus exámenes de sangre frecuentemente tienen una madre o hermana con hipotiroidismo y algún síntoma o signo propio del hipotiroidismo.

Los pacientes con hipotiroidismo, pero sin alteración en los exámenes de sangre, frecuentemente tienen el Cortisol am y la Prolactina ligeramente elevados o cercanos al límite superior, y la hemoglobina o el hierro sérico bajo o cercano a límite inferior (anemia ferropénica).

Los pacientes con sospecha de hipotiroidismo y SOP con exámenes de sangre dentro de la normalidad deben ser sometidos a una prueba terapéutica con Levotiroxina sódica (Capítulo 7).

Los pacientes con infertilidad por SOP frecuentemente tienen Hiperprolactinemia (Prolactina elevada).

Sospechar Hiperprolactinemia o Hipotiroidismo con historia de secreción de leche por la mama sin estar en período de lactancia (Galactorrea).

La hiperprolactinemia debe ser tratada según su etiología.

Con resultados superiores a 50, hay que sospechar microadenoma.

Con resultados superiores a 150, hay que sospechar de macroadenoma.

Para valores cercanos a la normalidad, hay que sospechar hipotiroidismo o hiperprolactinemia idiopática o medicamentosa.

El síndrome de ovarios poliquísticos SOP tiene diversas presentaciones clínicas.

La infertilidad puede ser la única manifestación, muy a pesar de no existir los criterios de hiperandrogenismo clínico y alteraciones mentruales que las academias médicas proponen.

El Ovario Poliquístico es una manifestación más que podría o no estar presente en el SOP.

El SOP debe ser tratado para preservar la fertilidad.

El tratamiento médico para el SOP es Vivir Paleo y la alternativa son las medicinas, no al revés.

Para conseguir resultados rápidos en la mayoría de los casos, ambos tratamientos deberán ser utilizados.

Muchas mujeres con SOP son obesas. En ellas, los anticonceptivos orales (ACO) deben ser evitados.

Muchas mujeres con SOP son delgadas. En ellas, la Metformina deberá ser evitada.

Cuando la mujer con SOP es obesa, pero presenta quistes en los ovarios, deberá utilizar los ACO (siempre que no exista contraindicación y por un período no mayor a 4 meses), mientras la vida Paleo y la Metformina comienzan a actuar.

Transcurridos los 4 meses, los ACO deberán ser suspendidos y la paciente continuará viviendo Paleo, de ser posible, sólo con Metformina.

Cuando la mujer con SOP es delgada y busca salir embarazada, deberá usar la Metformina, muy a pesar de la pérdida de peso que le pueda ocasionar. Perderá peso a cambio de un bebé.

Cuando el motivo de consulta es la infertilidad, el uso de la Metformina es imperativa en aquellas con SOP, con o sin curva de tolerancia alterada.

Cuando la paciente sale embarazada tomando Metformina, deberá mantener la medicación junto con la vida Paleo durante todo el embarazo.

La suspensión de la Vida Paleo o el uso de la Metformina durante el embarazo en aquella que consultó por infertilidad pueden producir la pérdida del mismo.

Cuando la pérdida se produce, deberá descartarse hipotiroidismo de Hashimoto, además de los dos escenarios anteriores.

Cuando el motivo de consulta es la presencia de vellitos (hirsutismo), se habrá de descartar hiperplasia suprarrenal tardía con el examen de sangre 17OH Progesterona.

Cuando el motivo de consulta es el hirsutismo, la solución es la depilación láser.

Los antiandrógenos, a pesar de ser una oferta terapéutica, ofrecen resultados muy pobres y sólo a partir del noveno mes de tratamiento continuo.

Cuando el motivo de consulta es el acné o el cabello graso, Vivir Paleo en las estaciones Iinvierno / Primavera puede ser suficiente.

Cuando el motivo de consulta es el acné o el cabello graso, la Metformina, los antiandrógenos (Flutamida o Espironolactona) y los ACO, junto con la Vida Paleo en las estaciones Invierno / Primavera, lo desaparecen o corrigen.

Suspendido los ACO o los antiandrógenos, el acné o el cabello graso regresarán, a menos que el paciente Viva Paleo en las estaciones Invierno / Primavera.

Cuando se Vive Paleo y además se toma cualquiera de las 3 opciones farmacológicas, el objetivo se alcanza más rápidamente.

El SOP no se cura, porque no es una enfermedad, es una consecuencia.

El SOP no se cura Viviendo Paleo.

El SOP desaparece Viviendo Paleo.

Y más rapidamente, tomando Metformina.

Vivir Paleo en las estaciones de Invierno y Primavera es la única solución para regular la menstruación sin progestágenos o sin anticonceptivos que engordan.

Si la mujer con SOP presenta infertilidad y desea el embarazo, deberá consumir únicamente animales, plantas y huevos, sin frutas y sin semillas (Invierno), a partir del día 9 hasta 17 del ciclo menstrual. Resto de los días Primavera hasta las 10:00 am. Luego nuevamente Invierno.

Deberá tener relaciones a partir del día 10 e interdiariamente en 4 oportunidades (días 10, 12, 14 y 16).

Si es del 80%, en menos de 3 meses estará embarazada.

Si es del 20%, en menos de 6.

Pero si a los 6 meses no hay embarazo, debe realizar una prueba terapéutica con Levotiroxina sódica, según presencia o no de criterios clínicos para ello (Capítulo 7).

Y solicitar Anticuerpos Anti Semen y Anticuerpos Anti Ovarios, Salpingografía (descartar obstrucción de trompas), considerar endometriosis y solicitar espermatograma.

Corregir según el caso con su médico tratante.

Lea el libro *Diabetes, cómo revertirla si la tiene y evitarla si no la quiere tener*. Dr. Johnson.

Capítulo 3

Hipertensión Arterial

VIVE
PALEO
INVIERNO / PRIMAVERA
+
METFORMINA
1gr. Almuerzo
1gr. Cena
+
ÓXIDO DE
MAGNESIO
500 Mg. Cena
=
REVERSIÓN
DE LA
HIPERTENSIÓN
ARTERIAL

Si el paciente es hipertenso y tiene barriga, no hay duda de que su hipertensión es por ser Paleo y vivir Anti Paleo.

La hipertensión no se hereda.

Lo que se hereda es la ignorancia (Síndrome "del no saber" qué produce la tensión elevada).

Las carbodrogas producen la tensión alta.

Las carbodrogas hacen que el metabolismo Paleo retenga líquido.

Si elimina las carbodrogas, su cuerpo no lucirá hinchado, con el anillo del dedo apretado y las piernas a punto de estallar.

Las carbodrogas elevan la tensión arterial porque aumentan la insulina en el paciente Paleo.

Comer sin carbodrogas controla la tensión arterial, mejor incluso que las mismas medicinas.

No suspenda sus medicinas.

Los betabloqueantes son medicinas frecuentemente utilizadas para controlar la tensión arterial, que diminuyen la respuesta sexual en el hombre.

Si su tratamiento ataca la hipertensión, usted la controla.

Si su tratamiento ataca la causa, usted la revierte.

Reversión no implica cura.

Reversión implica atacar lo que produce la enfermedad.

No todos normalizan sus valores de tensión arterial con Vivir Paleo solamente.

Pero con Vivir Paleo ya no siguen estimulando aquello que produce que la tensión arterial se eleve.

Lo que eleva la tensión no es la ingesta de sal.

Lo que eleva la tensión no es la ingesta de grasa.

Lo que eleva la tensión es comer carbodrogas y tener deficiencia de Magnesio (en el paciente Paleo que vive Anti Paleo).

De continuar viviendo Anti Paleo, eventualmente requerirán dos y hasta tres medicinas para controlar su tensión.

Porque no importa lo que hagan si no hacen lo que importa.

Y lo que importa es Vivir Paleo.

La mayoría de los hipertensos Paleo ya tienen el hígado graso y de continuar viviendo Anti Paleo serán diabéticos "del no saber".

Estos son los pacientes que tienen diagnóstico del Síndrome Anti Paleo (ya no diga Síndrome Metabólico).

Para revertir la Hipertensión Arterial, tomar 500 mg. de Óxido de Magnesio con la cena, según el protocolo referido en el Capítulo 7.

Para revertir la Hipertensión Arterial, además de tomar Magnesio, tomar 1 gramo de Metformina con el almuerzo y otro con la cena, según lo referido en el Capítulo 7.

Para revertir la Hipertensión Arterial, además de tomar Magnesio y Metformina, se debe Vivir Paleo en la estación de Invierno, alternando semanalmente con la estación de Primavera.

Conquistada la reversión, Vivir Paleo en Primavera con la toma indefinida de Magnesio (y Metformina según convenga).

Si toma antiarrítmicos, anticoagulantes o inhibidores de los canales de calcio, podría tener que cambiar su tratamiento antes de iniciar la toma de suplementos de Magnesio.

En el Capítulo 7 están las indicaciones y contraindicaciones de la toma de suplementos de Magnesio, además del protocolo para iniciarlo, en el caso de que esté tomando los medicamentos anteriormente mencionados.

La tríada que garantiza el control de la tensión arterial en el paciente Paleo es: VIVIR PALEO INVIERNO Y PRIMAVERA + METFORMINA + MAGNESIO.

Fallar en uno de los 3 implica el descontrol de la tensión arterial.

No es ingerir sal, es olvidar tomar el Magnesio u olvidar tomar la Metformina o ingerir la comida de animales (carbodrogas) lo que produce la crisis hipertensiva en el hombre o la mujer Paleo.

Los medicamentos indicados por su médico no deben ser suspendidos sin su consentimiento.

La toma de suplementos de Magnesio no sustituye la toma de los medicamentos para la tensión arterial.

La toma de suplementos de Magnesio con Metformina y la comida Paleo en las estaciones Invierno y Primavera muchas veces basta para controlar la tensión arterial.

Esto obliga al médico tratante a suspender las medicinas para la tensión arterial, pues de lo contrario el paciente comenzaría a sufrir bajas de tensión.

Suspender las medicinas no es el objetivo.

Suspender lo que eleva la tensión es el objetivo.

Existen causas de tensión arterial elevada que no se corresponden con la tratada en este libro.

Consulte siempre a su médico.

Lea el libro *Diabetes, cómo revertirla si la tiene y evitarla si no la quiere tener*. Dr. Johnson.

Capítulo 4

Triglicéridos Altos e Hígado Graso

VIVE
PALEO
PRIMAVERA / INVIERNO
+
METFORMINA
1gr. Almuerzo
1gr. Cena
=
REVERSIÓN
DEL HÍGADO
GRASO
+
NO TRIGLICÉRIDOS
ELEVADOS

Le hicieron un eco y le consiguieron el hígado graso. ¿Debe suspender las grasas? No. ¿Su hígado graso es por comer grasas? No. ¿Mejora al no comerlas? No. Son 3 no seguidos. No, no y no. Su hígado graso no alcohólico es harina y dulce. Su hígado graso es la barra de granola, la pasta, el arroz, los cereales, los tubérculos y el azúcar de la fruta, los jugos y el chocolate. Su hígado graso no es grasa que usted come, sino Made in Home (su hígado la produce a partir del azúcar que usted no usa porque sustituye, ya lo leyó en la introducción). Y suben los triglicéridos. Y suben las transaminasas. ¿Qué hacer para quitarse el hígado graso? Vivir Paleo. Oyó bien. Todo hígado graso es consecuencia de vivir Anti Paleo. Infinidad de pacientes saben que tienen el hígado graso, pero no saben que son Paleo. ¿Y cuál es el problema del hígado graso? Ninguno. Los primeros años. Pero con el tiempo podría llegar a ser del 15% que pierde el hígado por tenerlo graso (NAFDLD). Que con el tiempo se inflama (NASH). Y que termina en cirrosis. Transplante. Claro, usted no. Se requieren más de 20 años para eso. ¿Cuántos lleva usted? Y el 85% restante muere primero. Antes de lo que le toca. De causas diversas. No importa de qué. Muere. Quíteselo.

El hígado graso no empeora comiendo grasa.

Metabolic Syndrome Is Associated With Greater Histologic Severity, Higher Carbohydrate, and Lower Fat Diet in Patients With NAFLD

Posted: 11/15/2006; The American Journal of Gastroenterology. 2006;101(10):2247-2253.

Objectives: Nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) is considered as the hepatic manifestation of metabolic syndrome. Insulin resistance (IR) is a key component of metabolic syndrome. The aim was to determine the dietary composition, physical activity, and histologic severity between NAFLD patients with and without metabolic syndrome.
Methods: Ninety-one patients with NAFLD completed the Block Food

Conclusion: Metabolic syndrome in patients with NAFLD is associated with a diet containing more carbohydrate and less fat and greater histologic severity. The role of a carbohydrate-restricted diet in decreasing the risk for metabolic syndrome and histologic severity should be assessed in patients with NAFLD.

El hígado graso no mejora evitando la ingesta de grasa.

Usted puede comer huevos, jamones, chorizo, tocineta y mayonesa, y su hígado graso no empeorará.

El hígado graso se produce por tener un metabolismo paleolítico (ser resistente a la insulina) e ingerir harinas, frutas, granos y tubérculos a libre demanda.

Si tiene el hígado graso, la fruta debe ser evitada después de las 10:00 am y los días sin actividad física a toda hora.

Si quiere eliminar el hígado graso, evite la ingesta de granos, frutas, tubérculos y harinas, al menos, intersemanalmente.

La razón por la que usted no puede evitar estos alimentos no es por ansiedad.

La razón por la cual no puede es porque no pasa al menos 3 días viviendo PALEO y no está bien medicado con Metformina.

Muchos médicos realizan curvas de tolerancia a sus pacientes que reportan resultados dentro de la normalidad, muy a pesar de tener diagnóstico de hígado graso y concluyen equivocadamente que no deben tomar Metformina.

La Metformina no cura el hígado graso.

Lo que cura el hígado graso es VIVIR Paleo.

La Metformina tan sólo revierte el proceso más rápidamente.

Tomar Metformina sin VIVIR Paleo es como tener un ticket en primera clase sin que despegue el avión.

El test de tolerancia glucosada no es necesario para decidir la indicación de Metformina en el paciente con hígado graso.

J Clin Endocrinol Metab. 2002 Jul;87(7):3023-8.

Fat accumulation in the liver is associated with defects in insulin suppression of glucose production and serum free fatty acids independent of obesity in normal men.

El tratamiento farmacológico para la resistencia hepática a la insulina es la Metformina.

Clinical trial: pilot study of metformin for the treatment of non-alcoholic steatohepatitis

R. Loomba; G. Lutchman; D. E. Kleiner; M. Ricks; J. J. Feld; B. B. Borg; A. Modi; P. Nagabhyru; A. E. Sumner; T. J. Liang; J. H. Hoofnagle

Posted: 10/12/2009; Alimentary Pharmacology & Therapeutics. 2009;29(2):172-182.

Nonalcoholic Steatohepatitis: A Review of the Literature: Treatment

South Med J. 2010;103(6):547-550. © 2010

Metformin acts by decreasing hepatic glucose production and increasing peripheral glucose uptake by muscles. Metformin can also increase fatty acid oxidation and suppress lipogenesis. Trials involving lipid and calorie-restricted diet with or without metformin for six months[26] showed decreased aminotransferase levels, insulin, and C-peptide levels to a significantly greater extent in the metformin group. In another randomized trial, metformin alone resulted in normalization of aminotransferases as compared with vitamin E and weight loss. Despite some gastrointestinal

El hígado graso, la hipertensión arterial, los triglicéridos elevados, todos en la misma persona, son representaciones externas que pudieran o no estar presentes en la neoglucogénesis nocturna aumentada por vivir Anti Paleo.

Del 5% al 15% de la gente con el hígado inflamado por hígado graso, a los 20 años de curso, desarrolla cirrosis hepática y es candidata a transplante. El otro 85% muere antes.

Nonalcoholic Steatohepatitis: A Review of the Literature and Updates in Management

Posted: 08/05/2010; South Med J. 2010;103(6):547-550.

The importance of NASH becomes more apparent when reviewing available data, which shows that 10–15% of patients with histologically proven NASH progress to cirrhosis and its complications such as liver failure and hepatocellular carcinoma. Furthermore, patients with NASH have lower survival rates.[4] Unfortunately, even though

Si usted no revierte lo que está produciendo su hígado graso, con el tiempo tendrá diabetes a pesar de tener hoy controlada la glicemia.

Fatty Liver Independently Associated With Type 2 Diabetes Risk

J Clin Endocrinol Metab. **Published online January 20, 2011.**

"Our study shows in a large population of relatively healthy individuals that identifying fatty liver by ultrasound strongly predicts the development of type 2 diabetes in 5 years," Drs. Sung and Kim conclude. "In addition, our findings reveal a complex relationship between baseline fatty liver and fasting insulin concentration," they add.

Para revertir el hígado graso y normalizar los triglicéridos, usted debe Vivir Paleo Primavera alternado con Invierno, según lo descrito en el Capítulo 7.

Capítulo 5

Migrañas, Piedra en los riñones, Insomnio y Taquicardias

(si su médico no lo ha podido ayudar)

VIVE
PALEO
PRIMAVERA
+
MAGNESIO
ÓXIDO 500 MG.
CENA
+
SUSPENDER
CALCIO
+
¿GABA/5 HTP?
+
¿PASTILLA PARA
LA TIROIDES?
+
¿NIACINA?
=
CERO INSOMNIO
CERO TAQUICARDIAS
CERO DOLORES
DE CABEZA

Si sufre de migrañas o de cálculos en los riñones y su padre o madre tuvo un infarto, usted también se infartará. A menos que tome Magnesio. La patología cardiovascular en quien no fuma, no tiene enfermedades asociadas y lleva una vida sin excesos es por deficiencia de Magnesio. Hipomagnesemia Intracelular. El Magnesio aparece en rango en los exámenes de sangre porque la sangre está afuera de las células. Pero la deficiencia es adentro (leer las cuatro últimas líneas del siguiente trabajo publicado).

From Southern Medical Journal > Original Articles

Magnesium: Its Proven and Potential Clinical Significance

Chester Fox, MD, Delano Ramsoomair, MD, Cathleen Carter, PhD

Authors and Disclosures

Posted: 02/27/2002; South Med J. 2001;94(12) © 2001 Lippincott Williams & Wilkins

Diagnosis of Magnesium Deficiency

The serum magnesium level correlates poorly with total body stores.[4] As a result, there have been several intracellular assays of magnesium from muscle biopsy, lymphocytes, and red blood cells. These assays include nuclear magnetic resonance (NMR) spectroscopy[9] and ion-specific electrode measures.[10] However, these tests are expensive and often require fresh specimens and are therefore not clinically applicable at present. For these reasons, despite its limitations, serum magnesium determination is deemed of value in assessing changes in magnesium status and is the entry level test for the evaluation of possible disorders of magnesium metabolism. When the serum magnesium level is low, intracellular magnesium is also low.[11,12] However, many patients may have normal serum magnesium levels but be intracellularly depleted.[6,13] Therefore, if the serum magnesium level is low, the patient is deficient; however, if it is normal, the patient may still be magnesium deficient.

Y esto, porque los metabolismos paleolítcos requieren ingerir mucho Magnesio para reponer su eliminación renal...

Journal of the
American Society of Nephrology

REVIEW

Recent Advances in Molecular Genetics of Hereditary Magnesium-Losing Disorders

Martin Konrad and Stefanie Weber
University Children's Hospital, Marburg, Germany.

Correspondence to Dr. Martin Konrad, University Children's Hospital, Deutschhausstr. 12, D-35037 Marburg, Germany. Phone: 49-6421-2862649; Fax: 49-6421-2865724;

Iran J Kidney Dis. 2010 Jan;4(1):13-9.

Hypomagnesemia: an evidence-based approach to clinical cases.

Assadi F.

Section of Pediatric Nephrology, Rush University Medical Center, Chicago, Illinois 60612, USA.
fassadi@rush.edu

Abstract

Hypomagnesemia is defined as a serum magnesium level less than 1.8 mg/dL (< 0.74 mmol/L). Hypomagnesemia may result from inadequate magnesium intake, increased gastrointestinal or renal losses, or redistribution from extracellular to intracellular space. Increased renal magnesium loss can result from genetic or acquired renal disorders. Most patients with hypomagnesemia are asymptomatic and symptoms usually do not arise until the serum magnesium concentration falls below 1.2 mg/dL. One of the most life-threatening effects of

...sólo que el mundo neolítico no lo aporta. Y peor aún, las harinas y los dulces aumentan sus requerimientos. Se llama "doble malo". Poca retención de Magnesio con mucha necesidad de Magnesio. O triple malo. Se consume poco, se elimina mucho y se requiere demasiado. Usted traga 1, bota 10 y requiere 15. Usted está en bancarrota de Magnesio. Y la pregunta no es en qué alimentos lo ingiere. La pregunta es en qué tiendas lo compra. Porque la tierra que usted pisa, el agua que usted toma y la comida que usted come no lo contienen en las cantidades paleolíticas que usted requiere. Por eso las enfermedades del corazón, las migrañas y las piedras en el riñón corren en su familia.

Experimental and Molecular Pathology
Volume 33, Issue 2, October 1980, Pages 203-210

doi:10.1016/0014-4800(80)90019-2 | How to Cite or Link Using DOI

Permissions & Reprints

The morphology and pathogenesis of magnesium deficiency-induced nephrocalcinosis

G.E. Bunce [a, *], R.G. Saacke [a] and J. Mullins [a]

[a]Departments of Biochemistry and Nutrition, and Dairy Science, Virginia Polytechnic Institute and State University, Blacksburg, Virginia 24061 USA

Received 12 March 1980; revised 16 June 1980. Available online 13 April 2004.

Clin Neurosci. 1998;5(1):24-7.

Role of magnesium in the pathogenesis and treatment of migraines.

Mauskop A, Altura BM.

NY Headache Center, New York, NY 10021, USA.

Abstract

The importance of magnesium in the pathogenesis of migraine headaches is clearly established by a large number of clinical and experimental studies. However, the precise role of various effects of low magnesium levels in the development of migraines remains to be discovered. Magnesium concentration has an effect on serotonin receptors, nitric oxide synthesis and release, NMDA receptors, and a variety of other migraine related receptors and neurotransmitters. The available evidence suggests that up to 50% of patients during an acute migraine attack have lowered levels of ionized magnesium. Infusion of magnesium results in a rapid and sustained relief of an acute migraine in such patients. Two double-blind studies suggest that chronic oral magnesium supplementation may also reduce the frequency of migraine headaches. Because of an excellent safety profile and low cost and despite the lack of definitive studies, we feel that a trial of oral magnesium supplementation can be recommended to a majority of migraine sufferers. Refractory patients can sometimes benefit from intravenous infusions of magnesium sulfate.

The American Journal of
CLINICAL NUTRITION

Dietary magnesium intake and risk of stroke: a meta-analysis of prospective studies[1,2,3,4]

Conclusion: Dietary magnesium intake is inversely associated with risk of stroke, specifically ischemic stroke.

Received June 23, 2011.
Accepted October 24, 2011.

Porque el calcio deja el hueso para meterse donde nadie lo llamó. Por falta de Magnesio. Yin Yan. Norte Sur. Blanco Negro. Calcio Magnesio. No hay equilibrio cuando falta el Magnesio. Y lo que está duro se pone blando y lo que está blando se pone duro. Riñones duros. Cabezas duras. Y corazones duros. Sin embargo, el riñón orina el calcio y bota la piedra. Pero el corazón y la cabeza no orinan y no botan la piedra. De calcio. Y se infarta o gesta el Alzheimer. Su hipertensión, sus migrañas, sus cálculos en los riñones, su insomnio y sus dolores artículares conocen muy bien de lo que estoy hablando. Porque se quitan tomando suplementos de Magnesio. Dios es de Magnesio. Yo lo sé porque cuando usted va a mi consultorio y regresa dos semanas después, siempre le pregunto cómo siguen sus dolores de cabeza o sus taquicardias o su insomnio. Y usted siempre responde igual: "Muy bien, gracias a Dios". ¿Vio? Ahí está. Dios es de Magnesio. Dios evita el desastre. ¿A qué le llamamos desastre? A tomar, con bajos niveles de Magnesio, una pastilla para la tensión arterial que promueve aún más su eliminación por el riñón, como la hidroclorotiazida. ¿Por qué desastre? Porque irá al cementerio más rápido. Con la tensión más controlada, pero más rápido. ¿A qué le llamamos doble desastre? A este mismo paciente, que por valores bajos de calcio en sus exámenes de sangre le suplementan con pastillas de calcio. Su falta de calcio no es falta de calcio. Es falta de Magnesio. Se llama hipocalcemia

por hipomagnesemia. ¿Usted come queso, toma leche y yogur, y tiene el calcio bajo? Su médico le manda calcio y empeoran sus síntomas. Aparecen las taquicardias. Aparecen los dolores articulares. Su tensión arterial se descontrola. Y al penetrar el calcio las arterias se contraen. Porque el calcio que se toma se mete en sus órganos, no en sus huesos. Por falta de Magnesio. Yin Yan en armonía y el calcio se queda en los huesos. Pero cuando falta el Magnesio, el calcio deja el hueso y se mete en los órganos. Y sin saberlo, inocentemente, todo el calcio que usted consume calcifica su corazón, sus articulaciones, su cerebro, sus arterias y todos sus órganos, por el pequeño detalle de no suplementarse con Magnesio. Y el calcio en su sangre baja. Disminuye. Porque el cuerpo lo mete en los órganos. Por ello aparece bajo. No porque le falta calcio. Porque le falta Magnesio. Bien, después de esto, ya sé qué está pensando. Usted quiere tomar Magnesio. Pero debe esperar a su doctor. Existen contraindicaciones, todas descritas en el Capítulo 7. Pídale que lo guíe. Recuerde, sólo él o ella le pueden indicar el Magnesio. Téngale paciencia. No es fácil, como médico de trayectoria, con más de 30 años de "experiencia", que de la noche a la mañana algo tan complicado como la patología cardiovascular se corrija, revierta o evite en algunos casos sólo con Magnesio. Y que, como médicos, se nos hayan escapado todos esos pacientes a quienes medicamos con betabloqueantes, estimulando entre otras cosas la depresión, la impotencia, la fatiga,

la falta de memoria, la baja de T3 Libre y hasta la diabetes, sin necesidad. ¿Qué es la Amlodopina? Un medicamento que imita una de las funciones del Magnesio, que se utiliza para regular la tensión arterial, pero que no es Magnesio. ¿Qué es el Inderal o el Propanolol o el Atenolol? Medicamentos que también imitan propiedades del Magnesio. Imitan. No son. Imitan una función. Pero el Magnesio tiene 400. Por eso no lo sustituyen. Usted enmascara un síntoma, pero deja 399 "puestos de trabajo" sin atender en su organismo. Porque se toma su medicina. Pero no se toma su Magnesio. A las células no les falta Amlodipina, ni Inderal. Les falta Magnesio. Si toma Inderal, ataca la consecuencia. Si toma Magnesio, ataca la causa. Inderal la controla. Magnesio la revierte. Y claro, cuando la patología ya ha evolucionado, por supuesto que los medicamentos son, además de necesarios, una gran bendición. Pero indicar medicamentos no disculpan la ignorancia de no indicar el Magnesio cuando el origen del problema es su deficiencia. Recuerde, usted no puede ni debe hacer cambios sin el consentimiento de su médico, repito. Existen condiciones particulares en todo. Nada de lo dicho aquí debe llevarlo a tomar o suspender ninguna pastilla sin consultar a su médico.

Epidemiology

Magnesium Intake and Incidence of Metabolic Syndrome Among Young Adults

Methods and Results— We prospectively examined the relations between magnesium intake and incident metabolic syndrome and its components among 4637 Americans, aged 18 to 30 years, who were free from metabolic syndrome and diabetes at baseline. Metabolic syndrome was diagnosed according to the National Cholesterol Education Program/Adult Treatment Panel III definition. Diet was assessed by an interviewer-administered quantitative food frequency questionnaire, and magnesium intake was derived from the nutrient database developed by the Minnesota Nutrition Coordinating Center. During the 15 years of follow-up, 608 incident cases of the metabolic syndrome were identified. Magnesium intake was inversely associated with incidence of metabolic syndrome after adjustment for major lifestyle and dietary variables and baseline status of each component of the metabolic syndrome. Compared with those in the lowest quartile of magnesium intake, multivariable-adjusted hazard ratio of metabolic syndrome for participants in the highest quartile was 0.69 (95% confidence interval [CI], 0.52 to 0.91; *P* for trend <0.01). The inverse associations were not materially modified by gender and race. Magnesium intake was also inversely related to individual component of the metabolic syndrome and fasting insulin levels.

Conclusions— Our findings suggest that young adults with higher magnesium intake have lower risk of development of metabolic syndrome.

Circulation.
2006;113:1675-1682
Published online before print March 27, 2006,
doi: 10.1161/
CIRCULATIONAHA.105.588327

Magnesium Deficiency Is Associated With Insulin Resistance in Obese Children

OBJECTIVE—Magnesium deficiency has been associated with insulin resistance (IR) and increased risk for type 2 diabetes in adults. This study was designed to determine whether obese children exhibit serum or dietary magnesium deficiency and its potential association with IR.

doi:
10.2337/diacare.28.5.1175
Diabetes Care **May 2005** vol. 28
no. 5 1175-1181

Cuando el Magnesio no es suficiente para revertir el insomnio, GABA y 5HTP son opciones naturales que deben sumarse al tratamiento. Indicaciones Capítulo 7.

Cuando el Magnesio no revierte el insomnio y el paciente es mujer y no toma bensodiazepinas, pensar en hipotiroidismo.

En este escenario, si la persona tiene sus exámenes de tiroides dentro de la normalidad, hacer la prueba terapéutica con Levotiroxina sódica según lo referido en el Capítulo 7.

Cuando el paciente toma suplementos de Magnesio y suspende los de calcio, y aun así no elimina sus migrañas o dolores de cabeza, el diagnóstico de hipotiroidismo está prácticamente asegurado, con o sin alteraciones en sus exámenes de tiroides.

En este escenario, a pesar de tener los exámenes de la tiroides dentro de la normalidad, iniciar igualmente

el tratamiento para la hormona tiroidea con la prueba terapéutica, según lo referido en el Capítulo 7.

Es absolutamente seguro que verá los dolores de cabeza desaparecer al cabo de 2 semanas.

Si alguien sufre de dolores de cabeza, preguntar por familiares directos con infartos o cálculos en los riñones.

La tríada "cálculo en los riñones, migrañas, infarto" eventualmente se forma cuando no se aborta con suplementos de Magnesio.

La ventaja del riñón, sobre la cabeza y el corazón, es que el riñón orina y el corazón y la cabeza no.

Por ello, la piedra de calcio sale frecuentemente expulsada del riñón. Del corazón y la cabeza no.

Sólo suplementarse con Magnesio puede restablecer el equilibrio.

Lea el libro *Diabetes, cómo revertirla si la tiene y evitarla si no la quiere tener*. Dr. Johnson

Capítulo 6

Fatiga Crónica, Fibromialgia, Artritis Reumatoidea, Hipotiroidismo

VIVE
PALEO
VERANO
+
LEVOTIROXINA
SÓDICA
+
SELENIO
+
MAGNESIO
+
HIERRO
=
CERO DOLOR
CERO FATIGA

Muchos pacientes con hipotiroidismo han ido a inumerable cantidad de médicos que les han dicho que no tienen hipotiroidismo.

Muchos, por no saber que tienen hipotiroidismo, no entienden por qué sufren de depresión.

Toman pastillas para la depresión que a veces engordan y estimulan la diabetes. Y aunque mejoran la depresión, igual siguen tristes.

El 5% de los casos de hipotiroidismo tiene exámenes de sangre completamente normales.

El hipotiroidismo es la artritis de la glándula tiroides y el colon irritable es el autismo de la mucosa intestinal.

Todas son reacciones autoinmunes contra los mismos alimentos de animales en una o varias partes del cuerpo.

Si tiene fatiga crónica, dolores musculares, fibromialgia, hipotiroidismo, colon irritable o artritis reumatoidea, elimine lácteos, trigo, granos y cereales completamente (Vive Paleo en Verano).

Los alimentos de animales agrietan su intestino y permiten el paso de macromoléculas al organismo que son atacadas por su sistema inmune.

Este fenómeno forma complejos antígenos/ anticuerpos que interfieren con el funcionamiento hormonal y se depositan en varios órganos.

Si presenta diagnóstico o síntomas de fibromialgia o artritis reumatoidea, se debe suplementar con 200 mcg. de Selenio al desayuno y de 250 a 500 mg. de óxido de Magnesio con la cena.

Esto, siempre que no exista contraindicación para ello (Capítulo 7) y habiendo suspendido los suplementos de calcio.

En este escenario, ingerir los alimentos que contengan calcio, tales como huevos, pescados y frutos secos.

Si el paciente es alérgico a estos alimentos, prescribir entonces, y sólo entonces, una tableta de 600 mg. de calcio con el almuerzo (no con el desayuno, no con la cena) de forma interdiaria.

El paciente con fatiga crónica o fibromialgia o artritis reumatoidea frecuentemente tiene hipotiroidismo.

Solicitar exámenes de TSH, T4 Libre y T3 Libre, Anticuerpos Anti TPO y Anti Tiroglobulinas, Cortisol am, Hierro y Prolactina en su laboratorio de confianza.

Si tiene diagnóstico de osteopenia u osteoporosis, solicitar exámenes de PTH, Vitamina OH D3 y TSH.

Solicitar ecosonograma tiroideo.

Con fatiga crónica o dolores musculares o diagnóstico de fibromialgia o artritis reumatoidea, pero sin hipotiroidismo y TSH normal, con o sin anticuerpos positivos, pero con frialdad de extremidades o cambios

extremos de temperatura o incapacidad de sudar o piel reseca o uñas quebradizas o fatiga o depresión, u obesidad con dificultad para peder peso aun viviendo Paleo y tomando 2 gr. de Metformina, considerar, junto a su médico, la prueba terapéutica de Levotiroxina sódica según lo indicado en el Capítulo 7.

Con dolores de cabeza que no desaparecen con la toma de suplementos de Magnesio, sin hipotiroidismo y con TSH normal, con o sin anticuerpos positivos, pero con fatiga crónica, indicar la misma prueba terapéutica.

La prueba terapéutica consiste en la administración de una pequeña dosis de Levotiroxina sódica ("pastilla para la tiroides") con la cual el médico y el paciente evalúan la respuesta.

Si desaparecen los síntomas de fatiga o depresión o dolores musculares o el cabello se deja de caer, o si los dolores de cabeza que no cedían con Magnesio ceden, o si la persona tomando Metformina y Viviendo Paleo no perdía peso pero ahora sí lo pierde, no hay duda de que el paciente tiene hipotiroidismo y, en consecuencia, deberá mantener el tratamiento para la tiroides.

Sospechar hipotiroidismo con TSH normal, con el valor de calcio bajo rango en el examen de sangre.

El calcio bajo, en quien consume calcio, es por falta de Magnesio, no por falta de calcio.

El calcio bajo en sangre sólo se corrige con la suplementación de Magnesio o con la toma "de la pastilla para la tiroides" (Levotiroxina sódica).

En aquellos con tratamiento para el hipotiroidismo y la TSH en rango, pero todavía sintiéndose mal (con signos y síntomas de hipotiroidismo) y ya con hierro y prolactina en rango, se deberá tomar una de las siguientes conductas.

Primera. Aumentar, junto a su médico, en un cuarto la dosis de la Levotiroxina y evaluar la respuesta.

Si es positiva y no aparece un nuevo insomnio, taquicardia o sudoración, solicitar un examen de calcio parcial en orina.

De resultar normal, el paciente deberá mantener la nueva dosis a pesar de tener la TSH baja 0,3 mg./dl. ("TSH pisada").

De aumentar la excreción de calcio, descartar presencia de piedras en los riñones y suspender la prueba terapéutica.

Si resulta con piedras en los riñones (litiasis renal), mantener la prueba y consultar al urólogo.

Segunda. Considerar, junto a su médico, la indicación de Triiodotironina o T3 Libre como parte del tratamiento.

Si toma 100 mcg. de T4 Libre (Levotiroxina sódica), deberá bajar a 75 mcg. y acompañarla con dos

dosis mcg. de T3 Libre (Cytomel o Cynomel, marca registrada). Esto es, media tableta de 25 mcg. por la mañana y media por la tarde.

Otro escenario frecuentemente desapercibido que produce fatiga y que habrá de descartar es la hiperprolactinemia.

En el hombre, mucho menos frecuente que en la mujer, habrá que considerarla con la falta del apetito sexual o pérdida de la erección.

Si la prolactina resulta elevada, habrá que tratarla según su etilogía.

Una resonancia magnética de silla turca con contraste es parte del protocolo para descartar prolactinoma.

Cuando la hiperprolactinemia es idiopática o secundaria a un prolactinoma, el tratamiento es la Gabergolina 0,5 mg., únicamente 2 días a la semana (lunes y jueves por la noche) y bajo prescripción de su médico tratante.

Si la etilogía es el hipotiroidismo, el tratamiento será la Levotiroxina sódica con o sin la Gabergolina, según su grado y su médico tratante.

Toda vez resuelta la hiperprolactinemia, la sintomatología desaparece (infertilidad, fatiga, líbido baja, galactorrea) siempre que no exista alguna otra condición que deba ser atendida.

De suspenderse la Gabergolina, hacer seguimiento de la Prolactina a los 3, 6 y 12 meses de suspendido.

Existe un escenario de fatiga crónica en el que la Prolactina, el Cortisol am. y la TSH, aparecen en el límite superior (24, 26 y 3 mg./dl., respectivamente) y el hierro sérico en el inferior (con o sin anemia ferropénica). En este, la prueba terapéutica con Levotiroxina sódica está indicada.

En este escenario, con anemia ferropénica, TSH superior a 2,5 y fatiga crónica, el diagnóstico de hipotiroidismo es seguro, con o sin presencia de anticuerpos antitiroideos.

Sospechar hipotiroidismo aun con los exámenes de la tiroides dentro de la normalidad, en aquellos con frialdad y deficiencia de hierro (mala absorción de hierro por alergia al trigo y a los lácteos a nivel intestinal).

Igual sucede con migrañas que no desaparecen con la toma de suplementos de Magnesio.

Aquí, el hipotiroidismo es muy probable, a pesar de presentar los exámenes de sangre en rango y merece, como ya hemos mencionado, la prueba terapéutica (Capítulo 7).

A las dos semanas de iniciar este protocolo, el paciente experimentará energía, vitalidad y la ausencia absoluta de dolores articulares.

Cuando el paciente es conocido con hipotiroidismo o cualquiera de las condiciones tratadas en este capítulo, deberá evitar la soya, el maní y los medicamentos betabloqueantes, de ser posible, completamente.

Si es conocido con hipotiroidismo, deberá suplementarse con hierro en horas de la tarde (lejos de la toma de la Levotiroxina), toda vez confirmada su deficiencia con el examen de sangre.

Los suplementos de selenio disminuyen la presencia de los Anticuerpos Antitiroideos y deberán ser indicados en el desayuno, toda vez confirmada su presencia.

Muchos con hipotiroidismo y obesidad abandonan el tratamiento para la tiroides porque, razonan, no les funciona porque no adelgazan.

En este escenario, lo que frecuentemente ocurre es que intentó perder peso sin vivir Paleo o sin tomar 2 gr. de Metformina (Capítulo 3 y 7).

No abandone su tratamiento para la tiroides si su médico no se lo ha pedido.

Tomar "la pastilla para la tiroides", como usted le dice, no adelgaza.

Pero no tomarla, evitará, a pesar de VIVIR PALEO, que logre adelgazar.

Tómela si la tiene indicada. No la olvide. Y VIVA PALEO. Y si tiene sobrepeso, sólo así adelgazará.

Cuando se es Paleo con hipotiroidismo y se tiene obesidad, la fórmula para adelgazar muy frecuentemente es VIVIR PALEO INVIERNO PRIMAVERA + PASTILLA PARA LA TIROIDES + 2GR. DE METFORMINA (Capítulos 3 y 7)

Capítulo 7

VIVA PALEO según su estación (y si no resulta, VIVA PALEO y tome su alternativa)

Hágase estos exámenes y llévelos a su doctor

Perfil general
Examen simple de orina
Anticuerpos Anti TPO
Anticuerpos Anti Tiroglobulinas
TSH
T4 Libre
T3 Libre
Hierro
Prolactina
Vitamina (25) OH-D3
HbA1c
Homocisteína
Cortisol am
Ecosonograma abdominal
Ecosonograma tiroideo
PTH

Cómo recrear la geografía del cavernícola que hay en usted

Vivir Paleo implica replicar los hábitos de su cavernícola interior o genética Paleo. Esto es, alimentarse solamente de animales, plantas, huevos y semillas, con frutas y tubérculos sólo en las temporadas que, según su genética, estaban o no presentes. Este primer paso, junto a tener espóradicos períodos de ayuno, suplementarse con Magnesio, correr tras los animales bajo el sol y comer Anti Paleo, integran los 5 números que se deben marcar para que, al otro lado de la bocina, atienda el señor "Me curé el hígado graso" o la señora "Ya no tengo tensión alta" o la muchacha "Salí embarazada", "Me bajó la regla", "Ya no tengo graso el cabello" o "Me quité la barriga", y al mismo tiempo disfrutar de la vida. 5 números. Mi celular, por ejemplo, tiene 7. Si marca 6, no atiendo. Se parece al mío. Tiene 6 del mío. Pero no es el mío. Mi número tiene 7. Y si quiere comunicarse conmigo, no debe olvidar ninguno. Igual con estos 5: comer según la estación correcta para su genética (invierno, primavera, verano u otoño) + Magnesio + Ayuno esporádico + Ejercicio + comer Anti Paleo (número opcional). Existen, sin embargo, quienes, aun marcando el número completo, todavía deberán marcar 1 o 2 o 3 números más. Es el caso, por ejemplo, de las mujeres con SOP, hipotiroidismo e hiperprolactinemia. Además de lo anterior, deberán tomar la hormona tiroidea (a la hora correcta, en la dosis correcta) y probablemente cabergolina, Hierro y Selenio. Como los planes de un resort.

Plan Básico
Comer según su estación.

Plan Premium
Comer según su estación + Metformina.

Plan Diamante
Comer según su estación + Metformina + Levotiroxina sódica.

Plan Platinium
Comer según su estación + Metformina + Levotiroxina sódica + Anticonceptivos orales + Flutamida.

¿Me sigue? Su paquete turístico deberá incluir sus necesidades completas... para poderlo complacer. ¿Cómo es que dicen las agencias? Ya entiende por qué, entonces, aun tomando Metformina, igual no adelgaza. O no corrige sus ovarios poliquísticos. O no sale embarazada. O sigue hipertenso. Porque, aunque la toma, usted no Vive Paleo. Viva Paleo y verá cómo todo se corrige.

Aliméntese según su estación y cuando la ocasión lo amerite, coma Anti Paleo

Recuerde, usted es genéticamente un cavernícola. Y los cavernícolas no "se salen", no "la rompen", no "se estancan" y no "la empiezan". Los cavernícolas no "hacen dieta". Los cavernícolas comen paleolítico. Y cuando comen harinas o granos o cereales, no dicen "me salí". Dicen: "Comí Anti Paleo".

¿Cuándo comer Anti Paleo?

En Navidad, en depresión, en cumpleaños y en vacación. Y un día a la semana.

Del resto, aliméntese Paleo y viva libre de enfermedades. Recuerde, "esto" no es "algo" nuevo o diferente que usted deba "probar".

"Esto" es "algo" muy viejo. Lleva 2 millones de años. "Nuevo", por el contrario, es lo que usted hacía con su alimentación.

Comer de todo un poco y bajo en grasa o la dieta loca de moda o la pirámide de la muerte es "nuevo". No lo haga. No ensaye con usted. No sirve. No funciona. Regrese a casa. Viva Paleo.

Aprenda a hablar PALEO

Después aprenderá a comer, pero primero a hablar.

No llame "normal" a comer de todo un poco y bajo en grasa.

No llame "dieta" a la comida paleolítica.

De ahora en adelante hable Paleo /Anti Paleo.

No diga: "Me salí". Diga: "Comí Anti Paleo".

Todos los días, antes de salir y de entrar a la cama, repita 20 veces YO SOY PALEO.

Si desea dulce, ingiera gelatina de dieta o chocolate negro sin azúcar.

Haga ejercicio aeróbico, según sus posibilidades. Si no le agrada o no está en condiciones, con 20 minutos 5 veces a la semana está bien. Si está en forma y le agrada, de forma intensa.

Tómese un día de muy poca comida. Desayune como de costumbre y almuerce o cene únicamente vegetales, por ejemplo.

Supleméntese con Magnesio, siempre que no tenga las contraindicaciones referidas en la sección Sólo para médicos.

VIVIR PALEO EN INVIERNO es la alimentación de un esquimal en invierno. Esto es, huevos, plantas y animales solamente. En este escenario, ayúdese con frutas únicamente cuando la actividad física le produzca mareo o debilidad.

Si no tiene barriga, ni diabetes, ni enfermedades autoinmunes, ni fatiga crónica, ni ovarios poliquísticos, ni ninguna de las condiciones tratadas en este libro, VIVA PALEO EN OTOÑO.

Si no tiene barriga, pero tiene enfermedades autoinmunes, asma, fibromialgia, dolores articulares, artritis reumatoidea, hipotiroidismo o fatiga crónica, VIVA PALEO EN VERANO.

Si tiene barriga o hígado graso o síndrome de ovarios poliquísticos o síndrome metabólico o hipertensión o prediabetes o triglicéridos elevados, VIVA PALEO EN PRIMAVERA.

Si tiene estas condiciones, pero las desea revertir el máximo posible o tiene infertilidad y desea salir embarazada o tiene barriga y desea eliminarla por completo, VIVA PALEO EN INVIERNO y alterne semanalmente en la frecuencia de su necesidad con PRIMAVERA.

Si VIVE PALEO en INVIERNO, prepárese un combinado de almendras con fresas y chocolate negro sin azúcar, e ingiera un máximo de media taza por día cuando lo amerite.

Si hace ejercicio anaeróbico intenso y no es obeso, permítase los tubérculos sólo inmediatamente después de la actividad física.

LAS 4 FRASES QUE USTED MÁS NUNCA DIRÁ

ME SALÍ
LA ROMPÍ
ME ESTANQUÉ
LA EMPECÉ

NO HAGA DIETA
VIVA PALEO

Metformina (Glucofage, Glafornil, marcas registradas)

¿Qué hace la Metformina? Que su hígado no produzca tanta azúcar (inhibe la neoglucogénesis y en un 15% aumenta la sensibilidad a la insulina). Lo convierte en un hígado menos paleolítico. Lo asemeja a un metabolismo Neolítico. Y en consecuencia, usted, si vive Paleo, conquista su objetivo más rápidamente (frecuentemente experimentará un menor deseo por ingerir –ansiedad por– harinas y dulces). La dosis promedio con la que se consiguen los resultados en el 90% de los pacientes es 2 gramos por día. Pacientes adultos. Sin embargo, una gran mayoría consigue respuesta con gramo y medio repartido en tres tomas de 500 mg. en cada comida. Ahora bien, muchos médicos la mandan "con miedo" (por debajo de estas cantidades), porque frecuentemente no es bien tolerada (produce náuseas, acidez, fatiga, diarrea o dolor de cabeza en un 30% de los casos) y, lógicamente, mientras menos cantidad se mande, menos probabilidad habrá de que no se tolere. Sin embargo, también menos efectivo será el tratamiento y mayor probabilidad de que no funcione. En segundo lugar, muchos la toman sólo por la mañana, olvidándola en la cena, momento en el que frecuentemente es más importante para adelgazar (neoglucogénesis nocturna aumentada, que, como hemos explicado, es convertida en grasa por el mismo hígado en horas de la noche y madrugada), sobre todo, en aquellos

con "azúcar elevada en el ayuno". En estos, debo decir, por falla de sus médicos, quienes les dicen: "Tómela con el desayuno, porque por la mañana tiene el azúcar alto", supongo razonan. Como sabemos, la pastilla dura unas 6 u 8 horas en el cuerpo y es por la noche cuando se hace imperiosa su administración (en casos de azúcar elevado al despertar por la mañana) de hasta 2 gr., para que en horas de la madrugada todavía esté presente en el cuerpo y logre inhibir la neoglucogénesis hepática en ese preciso momento (no usar de liberación prolongada, porque lo ideal es que se libere completamente en horas, repito, de la madrugada). Otra consideración es que la pastilla puede caer mal. Pruebe entonces con otras marcas comerciales. Inicie con un cuarto de 500 mg. en la cena. Aumente a media y luego de 2 a 3 días con el almuerzo, o como dirían en México, con la comida. Hasta llegar a 1.000 mg. en el almuerzo (comida en México) y 1.000 mg. en la cena. Existe tolerancia cuando se aumenta poco a poco. Un 20% no la tolera de una marca y de otra sí (al 10% todas le caen mal, en cuyo caso no las debería tomar). Hoy contamos con la Metformina de liberación prolongada (XR). No es mejor. Mejor tolerable sí. Aunque en oportunidades es justamente la que no se tolera. Pero aclaro que no es mejor, porque no es más efectiva. Es sólo de liberación lenta. Y esto le resta impacto en un buen grupo que no la absorbe o libera completamente. Y en otro que ni siquiera parcialmente. Muchos la ven flotar en la

poceta, al lado de las heces. Cuando se absorbe, hay que aclararlo, es igual de efectiva que las demás presentaciones. Otra idea frecuente es suponer, equivocadamente, que una sola toma de 500 mg. de liberación lenta (XR) equivale a 3 tomas de 500 mg. de liberación normal (no XR). Muchos farmacéuticos han caído en este error. Y confunden. No. La dosis que prescribe el médico debe ser igual tanto en la lenta como en la que no lo es. También es común que el paciente desee saber si al tomar Metformina se hace más proclive a desarrollar diabetes. Es todo lo contrario. Tomándola, es menos posible la diabetes o el hígado graso. La pastilla lo protege. Protege su hígado. Protege su páncreas. La pastilla ahorra páncreas. Sin pastilla, su páncreas tiene que producir más insulina. Otra pregunta frecuente es si la Metformina daña los riñones. Al contrario. La Metformina protege los riñones. El hiperinsulinismo, y más aún la diabetes, afectan el funcionamiento renal. Por ello, la Metformina protege los riñones. Porque disminuye el hiperinsulinismo. Sin embargo, la Metformina está contraindicada cuando se tiene creatinina elevada (y en aquellos, como también dijimos, con insuficiencia cardíaca y sepsis). No se puede tomar si el paciente tiene insuficiencia renal. Y la creatinina, después de la tasa de filtración glomerular, es el mejor marcador del funcionamiento renal. La Metformina se elimina por los riñones y, al igual que la aspirina y demás analgésicos antiinflamatorios, tampoco se podría tomar si la eliminación renal está

disminuida (se puede en la insuficiencia renal leve). Pero no daña los riñones. Protege los riñones. Es buena para los riñones. Pero no se debe tomar con los riñones dañados. Igual que los aeróbicos y las piernas. El aeróbic es bueno para las piernas. El aeróbic no es malo para las piernas. Es bueno. Pero no hacemos aeróbic con piernas fracturadas. Otro comentario. Aquellos con más de un año tomando Metformina, deberán suplementarse con vitamina B12, pues es frecuente que disminuya su absorción. Y finalmente la pregunta de todos. ¿Hasta cuándo debo o tengo que tomar Metformina? ¿Es de por vida? La respuesta es: VIVIR PALEO SÍ ES DE POR VIDA. La Metformina es sólo un comodín que podrá o no usar. Y que podría usar de por vida.

Si
VIVE PALEO

Usted

no altera su tiroides, no altera
su sistema inmunológico y quema
todos sus carbohidratos.
¿Resultado?

Vitalidad sin Barriga

DR. LUDWIG JOHNSON

Ahora la sección
Sólo para Médicos.
Léala usted también

Metformina

A continuación, 4 estudios de la Metformina en aquellos sin diabetes con insulinorresistencia.

Impact of Metformin on Glucose Metabolism in Nondiabetic, Obese African Americans

A placebo-controlled, 24-month randomized study

Diabetes Care November 2004 vol. 27 no. 11 2768-2769

Role of Metformin for Weight Management in Patients Without Type 2 Diabetes

Ann Pharmacother **June 2008** vol. 42 no. 6 **817-826**

Treatment with metformin of non-diabetic men with hypertension, hypertriglyceridaemia and central fat distribution: the BIGPRO 1.2 trial.

Diabetes Metab Res Rev. 2000 Jan-Feb;16(1):2-7.

Abstract

BACKGROUND:

In the BIGPRO 1 trial, one year of treatment with metformin in non-diabetic obese subjects with a central fat distribution had no significant effect on fasting plasma triglyceride concentration or on blood pressure despite a decrease in weight, fasting plasma insulin and glucose concentrations. To re-evaluate the effect of metformin on fasting triglyceride concentration and on blood pressure, the BIGPRO 1.2 trial included non-diabetic men (n=168) with a fasting plasma triglyceride concentration > or =1.7 and < or =6.5 mmol/l, high blood pressure (systolic > or =140 and < or =180 and/or diastolic > or =90 and < or =105 mmHg, or treatment for hypertension) and a waist-to-hip ratio > or =0.95.

METHODS:

A randomised double-blind trial comparing metformin treatment (850 mg bid) with placebo.

RESULTS:

Metformin had no significant effect either on blood pressure or plasma triglyceride concentration. In comparison with the placebo group, fasting plasma insulin ($p<0.04$), total cholesterol ($p<0.05$) and Apo B ($p<0.008$) concentrations decreased more in the metformin group in the BIGPRO 1. 2 trial, confirming most of the previous results of the BIGPRO 1 trial. Tissue plasminogen activator antigen concentration decreased significantly ($p<0.01$) only in the metformin

group, but this was not significantly different from the placebo group ($p<0.12$); further, there were no significant differences in the change in plasminogen activator inhibitor 1.

CONCLUSIONS: The consistency of the two BIGPRO trials supports the conclusion that metformin affects several cardiovascular risk factors favourably in non-diabetic subjects with a central fat distribution.

Metformin in Obese Children and Adolescents: The MOCA Trial

The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism **November 21, 2012** jc.2012-2710

Context: Childhood obesity is increasingly associated with type 2 diabetes (T2D).Metformin reduces the risk for T2D in adult obese nondiabetic patients, but the evidence in obese children and young people is inconclusive.**Objective:** The objective of the study was to assess the effect of metformin on body mass index SD score (BMI-SDS), metabolic risk factors, and adipokines.

Design: This was a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled trial.

Setting: The study was conducted at six pediatric endocrine centers in the United Kingdom.

Participants: One hundred fifty-one obese children and young people with hyperinsulinemia and/or impaired fasting glucose or impaired glucose tolerance (metformin: 74, placebo: 77). The study was comprised of 67.5% females, 65.6% postpubertal individuals, and 23.8% British Asian or Afro-Caribbean participants. The age range was 8–18 yr, the mean age was 13.7 (SD 2.3) yr, and the mean BMI-SDS was +3.4 (SD 0.5).

Interventions: The intervention included metformin 1 g in the morning and 500 mg in the evening *vs.* placebo for 6 months.

Main Outcome Measure: The main outcome measure was a reduction in BMI-SDS at 6 months. Secondary outcomes included insulin and glucose levels from oral glucose tolerance tests, alanine aminotransferase (ALT), and adiponectin to leptin ratio (ALR) at 3 and 6 months.

Results: Metformin was associated with a significant reduction in BMI-SDS compared with placebo at 6 months [mean difference −0.1 SD (95% confidence interval −0.18 to −0.02), $P = 0.02$]. Significant improvements at 3 months were found in the metformin group: fasting glucose, −0.16 mmol/liter (−0.31 to −0.00), $P = 0.047$; ALT, 19% (5–36%), $P = 0.008$; and ALR, 32% (4–67%), $P = 0.02$.

Conclusions: Metformin therapy has a beneficial treatment effect over placebo for BMI-SDS, fasting glucose, ALT, and ALR ratio at 3 months, with changes in BMI-SDS sustained at 6 months.

¿Cuál es el criterio para indicar la Metformina en el paciente sin diabetes?

Respuesta: el ojo clínico. No el test de tolerancia glucosada ni mucho menos el examen de insulina basal o postprandial. Si el paciente tiene madre o padre diabético y acumula grasa en el abdomen (barriga), no hay duda de que es resistente a la insulina. Ser resistente no es el problema. El problema es el síntoma. Y la grasa en el abdomen es un síntoma. Si no se interrumpe, pronto le seguirán la infertilidad o el hígado graso, los triglicéridos elevados y la tensión arterial elevada. Ahora bien. ¿Cuál es la idea de indicar Metformina? ¿Corregir el problema? No. La Metformina no cura. Lo que cura es Vivir Paleo. Lo que cura es no exponer el cuerpo a los alimentos de agricultura. A la cosecha. A las frutas, a los granos y a los tubérculos. Nada hacemos indicándole protector solar a un albino, si no le decimos que el sol es lo que lo quema. Igual aquí nada haríamos indicando la Metformina, sin dejar claro que son las carbodrogas las que producen el desbalance. La idea de indicar la Metformina, sin embargo, es porque tomándola se logra adelgazar mucho más rápidamente y evitar la ansiedad que frecuentemente se sufre de forma intensa por ingerir estos alimentos. Esto, repito, en el paciente con el Paleogenoma. ¿Por qué la aclaratoria? Pues porque es frecuente encontrar pacientes a quienes les han indicado la Metformina sólo para luego repetir, con

el mismo sobrepeso, una prueba de insulina basal que resulta en rango. Suspenden el medicamento y "la dieta" porque "ya se curaron". ¿Resultado? El paciente sigue infértil o con hígado graso o con tensión elevada o con cabello graso. Digámolso una vez más. El diagnóstico es clínico. No paraclínico. Si usted hace 40 exámenes, obtendrá 40 resultados diferentes de insulina. Da tristeza ver pacientes ruleteados de endocrino en endocrino, con múltiples tests de tolerancia glucosada, y cuyos médicos les suspenden y reinician el tratamiento en diferentes formas. No. Dios mío, no. Por favor. Si este libro sirve para algo, que sea para esta próxima idea. La sola presencia de grasa en la cintura, con alguno de los siguientes síntomas, es criterio suficiente para indicar la Metformina, según sea o no necesario, y siempre Vivir Paleo: hígado graso, triglicéridos elevados, cabello graso, acné, hirsutismo, verrugas en el cuello o manchas en la nuca (*acantosis nigricans*), tensión arterial elevada, historia de ovarios poliquísticos, infertilidad con progenitores diabéticos. Los criterios para indicar la Metformina en el paciente sin diabetes no son ni la curva de tolerancia glucosada ni la insulina basal o postprandial. Sin embargo, más importante aun es aclarar que la metformina no "curará" ni "corregirá" ningún transtorno metabólico. Es sólo vivir paleo lo que le devolverá la normalidad al metabolismo. Razón por la cual infinidad de pacientes aun tomando metformina presentan el problema o al suspenderla lo vuelven a presentar.

¿Cuándo deberá indicarse la Metformina en el paciente sin diabetes?

Con infertilidad secundaria a SOP.

Con infertilidad y grasa en la cintura aun sin SOP.

Con hipertensión arterial y barriga.

Con alteraciones de la menstruación y barriga (grasa en la cintura).

Si Vive Paleo y no pierde la barriga.

Si Vive Paleo y no revierte el hígado graso.

Si Vive Paleo y continúan los triglicéridos elevados y la barriga.

Con hipertrigliciridemia importante.

Contraindiaciones relativas de la Metformina

Con sospecha de hipotiroidismo, todavía sin tratamiento (luego de corregido se podrá iniciar sin problema).

Con intolerancia al medicamento.

Con la ingesta de mucho alcohol.

Sin corregir Adisson o Fatiga Adrenal.

Con la misma comida con la que se toma el betabloqueante.

Con la ingesta crónica de pastillas para el dolor.

Contraindicaciones absolutas de la Metformina

Con insuficiencia renal moderada o severa.

Con estados infecciosos importantes (sepsis).

Con insuficiencia cardíaca.

Con "bajas de azúcar" (hipoglicemia) sin causa conocida que ocurren o empeoran con la toma de la Metformina (menos del 1%).

Con la realización de pruebas radiológicas con medios de contraste.

¿Cuándo deberá considerar la suspensión de la Metformina?

En todo paciente que aprendió a Vivir Paleo ya asintomático (ya sin infertilidad, ya sin grasa en la cintura, ya sin acné, ya sin alteraciones de la regla, ya sin hígado graso, ya sin hipertensión arterial, etc).

En todo paciente con síndrome de mala absorción intestinal o diarrea o gastritis por causa de la Metformina.

¿Cuál es la dosis ideal de Metformina en el paciente adulto promedio?

Hasta 1.000 mg. con el almuerzo y 1.000 con la cena, según tolerancia.

¿Cómo indicar Topiramato y/o Ibupropión en el paciente con ansiedad por la comida que no controla?

Frecuentemente con uno de estos 2 fármacos basta para ayudar al paciente, pero no menos frecuente es necesitar ambos a la vez.

Si no existe historia de convulsión, podemos iniciar con Ibupropión. Si existe insomnio, mejor sería comenzar con Topiramato.

Descartar presencia o historia de cáculos renales e historia de glaucoma. De lo contrario, no utilizar topiramato.

Ibupropión (no usar con historia de convulsión), 150 mg. 10:00 am (y hasta una segunda cápsula a partir de la segunda semana si no hay respuesta).

El Topiramato lo iniciamos con 25 mg. en la cena y aumentamos 25 mg. semanalmente hasta ver respuesta o hasta llegar a un máximo de 100 mg. día, repartidos en 2 tomas de 50 mg. con el almuerzo y con la cena.

Se podrían utilizar mayores dosis, pero tienden a producir mucha somnolencia o lentitud.

Un paciente podrá beneficiarse con 50 mg. en el almuerzo y 50 mg. en la cena. Sin embargo, a otro le podría ir mejor con 100 mg. en la cena.

Evaluar ambos escenarios.

En esto, la ansiedad por harinas y dulces en horas de la tarde o de la noche es el criterio para decidir la conducta.

Finalmente, un paciente extremadamente ansioso por la comida estaría con ambas drogas a la vez.

En este escenario, se debe hacer énfasis en la buena hidratación del paciente porque ambos medicamentos aumentan los requerimientos de líquido por parte del organismo.

Si aun aumentando la ingesta de agua el paciente persiste con mucha sed, se debe suspender la Metformina o uno de los dos.

Todo paciente con hiperisulinismo deberá Vivir Paleo Invierno, alternado semanalmente con Primavera.

Criterios para indicar suplementos de Magnesio

Si el paciente tiene historia familiar de patolología cardiovascular o Alzheimer.

Si el paciente tiene enfermedad coronaria.

Si el paciente se ha infartado.

Si el paciente es hipertenso.

Si el paciente tiene insomnio.

Si el paciente tiene historia de taquicardias o arritmias.

Si el paciente sufre de dolores articulares.

Si el paciente tiene diagnóstico de osteoporosis.

Si el paciente tiene historia de litiasis renal.

Si el paciente tiene historia de dolores de cabeza o migrañas.

En aquellos con historia de convulsión.

Si el paciente tiene diabetes, prediabetes o es hijo de padres con diabetes y es mayor a 30 años de edad.

Si el paciente es conocido como asmático.

Si el paciente tiene dolores articulares o musculares.

Si el paciente tiene el calcio bajo en el examen de sangre, a pesar de ingerir alimentos con calcio (hipocalcemia por hipomagnesemia).

Criterios para contraindicar la toma de suplementos de Magnesio

Si el paciente lo toma y se siente mal.

Con Dx de Miastenia Gravis.

Con Dx de Insuficiencia Renal.

En pacientes bradicárdicos.

En pacientes hipotensos que empeoran con la toma de suplementos de Magnesio.

En pacientes que presentan náuseas con la toma de suplementos de Magnesio.

En pacientes medicados con fármacos que harían sinergia con el Magnesio (betabloqueantes, inhibidores de los canales de calcio, anticoagulantes, antiarrítmicos).

En este escenario, el paciente debe pasar por el protocolo próximamente descrito.

En pacientes que presentan diarrea crónica a causa de la toma de Magnesio.

¿Cómo indicar los suplementos de Magnesio, si su paciente toma betabloqueantes o inhibidores de los canales de calcio?

Suspenda la toma de cualquier suplemento de calcio. Indique 500 mg. de óxido de Magnesio con el almuerzo. Se sugiere el almuerzo porque es el momento menos probable en el que el paciente estaría betabloqueado.

Si toma el betabloqueante en el almuerzo, escoja la cena.

Si presenta evacuaciones blandas, cambie el óxido de Magnesio por 100 mg. de Magnesio chelate.

Antes de proceder en el siguiente paso, interconsultar con el cardiólogo.

Luego de una semana suplementándose con Magnesio, todavía sin consumir carbodrogas (Viviendo Paleo) y ya en tratamiento con Metformina 2 gramos por día, Y ÚNICAMENTE SI LA TENSIÓN ARTERIAL HA CAÍDO ENTRE 20 Y 30 MILÍMETROS DE MERCURIO, disminuya a la mitad la dosis del betabloqueante y o el inhibidor de canales de calcio completamente.

Si continua presentado tensión baja, elimine el betabloqueante completamente y sustituya por los 500 mg. de Magnesio en ese mismo horario.

Evalúe diariamente la tensión arterial y la presencia o no de arritmia o taquicardia.

Reindique el betabloquenate si estas reaparecen.

Si sólo se eleva la tensión arterial, prescriba una de tantas opciones de antihipertensivos que existen en el mercado y que no compiten con el Magnesio.

Por el contrario, si la tensión arterial o la frecuencia cardíaca se mantienen dentro de la normalidad, elimine el betabloquenate completamente durante la segunda semana y evalúe la respuesta diariamente.

En caso de tomar anticoagulantes, indicar 250 mg. de óxido de magnesio, evaluar a los 5 días PT y PTT, y corregir dosis de anticoagulante según resultados y o presencia de sangrado.

Dosis, tipo y otros menesteres sobre los suplementos de Magnesio

500 mg. de óxido de Magnesio por día (250 mg. si pesa menos de 50 kilos) con la cena o 100 mg. de Magnesio chelate si el paciente presenta varias evacuaciones al día.

Nunca indique Magnesio aspártico.

Cloruro de Magnesio no es mejor que el óxido de Magnesio. Es sólo otra opción.

Suspender Magnesio con la toma de quinolonas.

Cuando la suplementación de magnesio esta indicada, debe mantenerse de por vida.

Sobre la indicación de suplementos de calcio

Es frecuente recibir pacientes que toman calcio "para evitar la osteoporosis". Esto, en aquellos que ya consumen de 600 a 800 mg. de calcio con la dieta diaria, es un error.

Suplementarse con calcio cuando ya se consume no sólo no evitará la osteoporosis, sino que aumentará el riesgo, nuevamente, a tener un infarto o un accidente cardiovascular.

Ingerir más calcio del deseado altera la relación calcio/magnesio.

No porque el calcio es malo y el magnesio es bueno, sino porque la óptima relación calcio/magnesio debe prevalecer.

Ponga atención, por ejemplo, en su paciente migrañoso que toma calcio.

Suele abandonarlo porque sus dolores empeoran.

O en aquel con taquicardias o insomnio, a quien le sucede lo mismo.

Estas condiciones acusan el desequilibrio calcio/ magnesio a favor del calcio y que al consumirlo en forma de suplemento empeora la relación.

Para evitar la osteoporosis, lo que hace falta es que el calcio no abandone los huesos.

Para ello se debe contar con Magnesio.

En el mundo moderno la osteoporosis no es una enfermedad por falta de calcio.

La osteoporosis, en nuestro mundo moderno, es una enfermedad por desmineralización del hueso (o deficiencia de Magnesio).

Tomar calcio con Magnesio no es tomar Magnesio (se mantiene la misma relación).

El insomnio, la taquicardia o el dolor de cabeza sólo mejorarán suspendiendo la pastilla de calcio con o sin Magnesio, y suplementándose nada más con Magnesio.

Este tema es de vital importancia en quien ya está betabloqueado (tomando Inderal, Propranolol, Atenolol o medicado con inhibidores de los canales de calcio) para evitar taquicardias o hipertensión y a quien podría bajarle la tensión si le indicamos

suplementos de Magnesio (por sinergia con estas medicinas).

Dejar a este paciente sin Magnesio, sin embargo, sería el camino seguro, como hemos explicado a pesar de tener ya la tensión y las taquicardias controladas, al infarto, el Alzheimer y al accidente cardiovascular.

Por ello, el protocolo de administración de Magnesio en el paciente batabloqueado que he desarrollado y expuesto en este libro.

No equilibrar la relación calcio-magnesio hará que el paciente "meta" su esqueleto y el calcio que consuma, poco a poco, en todos los órganos del cuerpo.

Órganos de células vacías del inhibidor de los canales de calcio. El Magnesio.

Tal escenario está bien representado en la Hipocalcemia por Hipomagnesemia.

Todo paciente con calcio bajo en los exámenes de sangre debe hacernos pensar en falta de Magnesio. No de calcio. No si, como suele ocurrir, el paciente ya lo consume diariamente de los alimentos.

¿Hiperparatiroidismo a pesar de consumir calcio? Muy probablemente secundario a deficiencia de magnesio y/o vitamina D. Documente y suplemente según el caso. Suspenda el suplemento de calcio, indique Magnesio y verá la PTH corregir.

Hipotiroidismo

Muchos laboratorios presentan valores normales de TSH que no son ciertos.

Esto hace que muchos pacientes se queden conformes sin visitar al médico, pensando que están bien cuando en realidad están mal.

Muchos médicos evalúan exámenes, no pacientes.

El examen de sangre más importante para saber si tiene hipotiroidismo es el interrogatorio médico.

¿Padres o hermanos con hipotiroidismo?

¿No suda cuando hace calor o hace ejercicio?

¿Uñas, cabello y piel quebradizos y resecos?

¿Historia de pérdidas o infertilidad?

¿Fatiga, depresión, irritabilidad, retención de líquido, colesterol alto, prolactina elevada, diagnóstico de fibromialgia...?

¿El paciente tiene obesidad, ya fue medicado con 1000 mg. de Metformina en el almuerzo y la cena, y además Vivió Paleo Invierno por 2 semanas consecutivas y no perdió peso?

Sin importar que la TSH esté en rango y de ser afirmativa la respuesta, sospechar hipotiroidismo y proceder con la prueba terapéutica.

Sospechar igualmente hipotiroidismo si el paciente presenta taquicardias o dolores de cabeza que no ceden con los suplementos de Magnesio.

Proceder, también en este escenario, con la prueba terapéutica.

Anticuerpos positivos con presencia de síntomas de hipotiroidismo o con migrañas que no ceden con la toma de suplementos de Magnesio es hipotiroidismo, sin importar que la TSH haya resultado normal.

Todo paciente que toma Metformina presenta valores de TSH inferiores a la verdad.

La Metformina altera la lectura de la TSH.

Si el paciente toma Metformina y su TSH es igual a 2 mg./dl., pensar en TSH igual a 3,5, y en consecuencia, concluir que el paciente está hipotiroideo.

Todo paciente con TSH normal, pero con tendencia al límite superior o síntomas de hipotiroidismo, debe recibir una prueba terapéutica por parte del médico.

Prueba terapéutica con Levotiroxina sódica (LS)

Indicar un cuarto (1/4) de tableta de 25 mcg. de Levotiroxina sódica en ayuno por la mañana y aumentar en un cuarto cada 2 días hasta llegar a la tableta completa (25 mcg. por día). Mantener por 2 semanas.

Si el paciente presenta insomnio o taquicardias a partir de la prueba terapéutica, suspender la prueba.

Si el paciente no mejora y no empeora, duplicar la dosis de LS a partir de la segunda semana y reevaluar.

Si el paciente mejora, mantener la dosis de LS y solicitar un examen de calcio parcial en orina.

Muchos que siguen un tratamiento para el hipotiroidismo, a pesar de corregir sus exámenes de sangre (TSH), igual se sienten mal.

En estos casos, aumentar la dosis en un cuarto y realizar la misma prueba de calcio parcial en orina.

Si el paciente tiene la TSH pisada (inferior a 0,4), pero se siente bien (con uñas fuertes, cabello sin caer, piel lubricada, alegre, motivado y con apetito sexual), y además no presenta signos ni síntomas de exceso de tiroides que hayan aparecido con la prueba terapéutica o el aumento de la dosis (calor, taquicardia o insomnio), se debe concluir, posterior a un examen de calcio parcial en orina normal, que esa dosis es correcta y en consecuencia debe mantenerse.

Si el paciente aún no mejora, se debe pensar en T3 Libre baja (el paciente no convierte la hormona inactiva, T4 Libre, en la hormona activa, T3 Libre).

Para aumentar la T3 Libre lo más efectivo es indicar T3 Libre (Cynomel, Cytomel, Armour).

El selenio aumenta la T3 libre. El cortisol elevado, la soya y la deficiencia de hierro lo disminuyen.

Cuando el paciente con hipotiroidismo tiene el cortisol bajo, el tratamiento de la tiroides le produce taquicardia.

En estos casos, documentar y corregir primero el cortisol.

Insomnio

Si el paciente suspendió la pastilla de calcio y está tomando 500 mg. de óxido de Magnesio con la cena, pero todavía presenta insomnio, pensar en hipotiroidismo.

Si el paciente no presenta hipotiroidismo o ya recibe su tratamiento y está óptimamente medicado, indicar 5HTP y GABA.

Iniciar con 100 mg. de 5 HTP, al menos una hora después de la cena.

Suspender si produce efecto paradójico.

Si el paciente mejora, pero persiste el insomnio, mantener 5HTP y agregar de 750 mg. a 1.500 mg. de GABA al tratamiento, media hora antes de dormir.

Si el paciente mejora, pero persiste con insomnio, agregar 500 mg. de niacina con la cena.

La niacina produce enrojecimiento de la piel (red flush).

Iniciar con un octavo de tableta y aumentar la dosis en la medida que el red flush o enrojecimiento esté controlado.

No todo el mundo tolera la niacina. Sin embargo, la gran mayoría no la requerirá.

Evitar la niacina con diabetes u obesidad.

Acné, caída del cabello y/o cabello graso, a pesar de Vivir Paleo y tomar Metformina

Pensar en hiperandrogenismo o hipereactividad androgénica, hipotiroidismo y deficiencia de hierro.

Descartar Hiperplasia Adrenal Tardía (HAT) solicitando 17 OH Hidroxiprogesterona.

Descartada la HAT, no se requiere documentar el hiperandrogenismo ovárico en los exámenes de sangre.

En el 80% de los casos, las hormonas masculinas aparecerán en rango, pues el diagnóstico es Hipereactividad Androgénica (clínicamente es igual al Hiperandrogenismo y su tratamiento también lo es).

Evaluar transaminansas antes del tratamiento.

Indicar, de estar indicada según lo expuesto, prueba terapéutica con Levotiroxina sódica.

Habiendo descartado la HAT, indicar, de existir cabello graso o acné, Flutamida 250 mg. día (teratogénico) o Espironolcatona 50 mg. BID (teratogénico e hipotensor).

Descartar deficiencia de hierro y corregir a conveniencia.

No tomar suplementos de Magnesio con espirono-lactona (la espironolactona recapta Magnesio).

Indicar ACO para evitar el embarazo.

Evaluar transaminasas a los 3 meses.

Educar al paciente en la vida Paleo Invierno / Primavera.

Indicar la toma de suplementos de selenio en el desayuno, magnesio en la cena y metformina según el peso y la educación del paciente.

Fibromialgia

Muchos médicos piensan que la fibromialgia no existe.

Que lo que existe es hipotiroidismo con TSH normal o alta y T3 Libre baja.

El 99% de los pacientes con fibromialgia tiene diagnóstico de hipotiroidismo.

Aquellos con diagnóstico de fibromialgia tienen hipotiroidismo conocido o sin conocer.

Si existe o no existe la fibromialgia como diagnóstico, no importa.

Lo que importa es que los dolores, la depresión y el insomnio desaparecen con T3 Libre óptima.

La T3 Libre nunca está óptima en presencia de trigo, lácteos, soya, maní, deficiencia de hierro, magnesio y selenio.

Si tiene fibromialgia y su tiroides es normal, la prueba terapéutica está indicada.

Evaluar y reponer el hierro según convenga.

Indicar Magnesio óxido 500 mg. con la cena, selenio 200 mcg. con el desayuno, eliminar lácteos, granos y trigo, y aumentar la ingesta de sal marina (yodo).

Indicar 5HTP 100 mg. a media tarde si existe insomnio.

Hecho lo anterior, se optimiza la tiroides (T3 Libre) y los dolores desaparecen.

Hiperprolactinemia (prolactina elevada)

¿Ha botado leche por el pezón?

¿Ha perdido el apetito sexual?

Si la prolactina es inferior a 70, pensar en hipotiroidismo, medicamentos y causas idiopáticas.

Si es inferior a 100, pensar en microprolactinoma.

Si es superior a 100, con síntomas de visión doble o dolores de cabeza, pensar en macroprolactinoma.

Toda persona que alguna vez tuvo la prolactina elevada debe realizarse anualmente la prueba de prolactina. Frecuentemente se vuelve a elevar.

Hipocorstisolismo (cortisol bajo o fatiga adrenal sin Adisson)

¿Deseo por dulce, frialdad y poco apetito?

Frecuentemente alérgicas y delgadas, presentan tendencia a la depresión, con estallidos de irritabilidad y sin tolerancia al estrés.

Cuando existe Hipocortisolismo, el tratamiento para la tiroides no se tolera y en consecuencia hay que corregir primero este, para luego tratar aquel.

En el Hipocortisolismo, frecuentemente el examen de sangre Cortisol am resulta cercano al límite inferior, pero por encima de este.

Muchos no diagnostican el problema porque esperan ver el cortisol por debajo del límite inferior.

Cuando se sospecha fatiga adrenal, se debe solicitar un examen de cortisol en orina de 24 horas para confirmar el diagnóstico.

La ingesta de 3 gramos de Vitamina C por día frecuentemente es suficiente para corregir el problema. De lo contrario, de 2,5 a 5 mg. de prednisona por día es la opción.

Obesidad y sobrepeso

Metformina + Hormona tiroidea óptima (¿Prueba terapéutica?) + Paleo Invierno Primavera + Manejo de la ansiedad (¿Topiramato y o Ibupropión?)

Infertilidad con SOP o sin SOP, pero con grasa en la cintura

Para salir embarazada deberá:

Metformina + Hormona tiroidea óptima (¿Prueba terapéutica?) + alimentación sólo a base de huevos o vegetales o animales (no tubérculos, ni frutas, ni harinas, ni cereales, ni granos) desde el día 9 al 17 del ciclo menstrual.

El resto de los días puede ingerir algún carbohidrato en el desayuno.

Si a los 6 meses no hay embarazo, realizar prueba terapéutica con Levotiroxina sódica según criterios clínicos para ello.

Solicitar Anticuerpos Antisemen y Anticuerpos Antiovarios, Salpingografía (descartar obstrucción de trompas), considerar posible endometriosis y solicitar espermatograma.

Contenido

Introducción 13

Capítulo 1
Barriga, Verrugas en el cuello e Hiperinsulinismo 103

Capítulo 2
Síndrome de Ovarios Poliquísticos (SOP) 111

Capítulo 3
Hipertensión arterial 127

Capítulo 4
Triglicéridos altos e Hígado Graso 135

Capítulo 5
Migrañas, Piedra en los riñones, Insomnio
y Taquicardias 143

Capítulo 6
Fatiga Crónica, Fibromialgia, Artritis Reumatoidea,
Hipotiroidismo 155

Capítulo 7
VIVA PALEO según su estación
(y si no resulta, VIVA PALEO y tome su alternativa) 167